

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Уральский государственный педагогический университет»
Институт специального образования

Кафедра специальной педагогики и специальной психологии

**Разработка и апробация адаптированной основной
общеобразовательной программы для организации обучения и
управления образованием обучающихся с тяжелыми и множественными
нарушениями развития**

Выпускная квалификационная работа
44.04.03 Специальное (дефектологическое) образование
Магистерская программа «Организация обучения и управление образованием лиц с
ограниченными возможностями здоровья»

Квалификационная работа
допущена к защите
Зав. кафедрой
к.п.н., профессор О.В. Алмазова

дата подпись

Руководитель ОПОП:
к.п.н., профессор О. В. Алмазова

подпись

Исполнитель:
Бодягина Анна Александровна,
обучающаяся МОВЗ-1501z группы
заочного отделения

Подпись

Научный руководитель:
Алмазова Ольга Владимировна,
к.п.н., профессор
кафедры специальной
педагогики и специальной
психологии

Подпись

Екатеринбург 2017

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОГО ЭТАПА РАЗВИТИЯ ОБРАЗОВАНИЯ И РАЗРАБОТКИ АДАПТИРОВАННОЙ ОСНОВНОЙ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ С ТЯЖЕЛЫМИ И МНОЖЕСТВЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ.....	9
1.1. Современный этап развития специального образования.....	9
1.2. Этиология комплексных нарушений развития.....	23
1.3. Структура и содержание адаптированной основной общеобразовательной программы для обучающихся с тяжелыми и множественными нарушениями развития.....	50
ГЛАВА 2. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБУЧАЮЩИХСЯ С ТЯЖЕЛЫМИ И МНОЖЕСТВЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ.....	57
2.1. Характеристика базы исследования.....	57
2.2. Критерии и методы психолого-педагогической характеристики обучающихся с тяжелыми и множественными нарушениями развития и процесс получения данных.....	61
2.3. Характеристика глухих обучающихся с тяжелыми и множественными нарушениями развития.....	64
ГЛАВА 3. РАЗРАБОТКА И АПРОБАЦИЯ АДАПТИРОВАННОЙ ОСНОВНОЙ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ НАЧАЛЬНОГО ОБЩЕГО ОБРАЗОВАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ С ТЯЖЕЛЫМИ И МНОЖЕСТВЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ.....	74
3.1. Разработка адаптированной основной общеобразовательной программы в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья.....	74

3.2. Апробация адаптированной основной общеобразовательной программы для обучающихся с тяжелыми и множественными нарушениями развития.....	80
3.3. Мониторинг результатов апробации адаптированной основной общеобразовательной программы для обучающихся с тяжелыми и множественными нарушениями развития.....	84
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	92
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	94
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность рассматриваемой в исследовании темы определяется ежегодной тенденцией к увеличению доли обучающихся с тяжелыми и множественными нарушениями развития. Признание государством ценности социальной и образовательной интеграции обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и отказ от представлений о «необучаемых детях» предопределили увеличение доли обучающихся с тяжелыми и множественными нарушениями развития в учреждениях специального (коррекционного) образования.

С 2007 года в соответствии с Письмом Минобрнауки России от 04.04.07 № ВФ – 577/06, Минздравсоцразвития России от 04.04.07 № 2608 – ВС «О реализации конституционного права детей-инвалидов, проживающих в домах-интернатах для умственно отсталых детей, на образование» образование и обучении данной категории обучающихся стало обязательным. Понятие «необучаемые дети» было упразднено. В связи с этим и политика обучения данной категории изменилась.

19 декабря 2014 года вышел Приказ Министерства образования и науки РФ «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья». В связи с кардинальной сменой нормативно-правовой базы в отношении обучающихся с ограниченными возможностями здоровья всем образовательным организациям, работающим с данной категорией, было необходимо полностью переработать и изменить внутреннюю документацию.

Разработка адаптированной основной общеобразовательной программы (АООП) начального общего образования для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья является одной из основных задач рабочей группы образовательной организации. АООП определяет

содержание и организацию образовательной деятельности на уровне образовательной организации.

Методология исследования. Проблемы интеграции и инклюзии в образовании в своих работах рассматривал Н. Н. Малофеев и др.

Основы сурдопедагогики и этиологию нарушения слуха раскрывают в своих работах Г. А. Карпова, Л. И. Руленкова, И. В. Королева, В. З. Базоев и др.

Вопросы диагностики особенностей развития обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) отражены в работах С. Я. Рубинштейна, В.М.Мозгового, Мастюковой Е.М. и др.

Проблемы социализации детей с нарушением интеллекта отражены в психолого-педагогических работах Л. М. Шипицыной и др.

Психолого-педагогические особенности обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) рассматривали А. Д. Виноградова, М. С. Певзнер, С. Я. Рубинштейн и др.

Анализ развития и формы образования обучающихся с тяжелыми и множественными нарушениями развития отразили в своих работах В. Н. Чулков, М.В. Жигорева, Л.А. Головчиц и др.

Этиологию и некоторые особенности клинических проявлений тяжелых и множественных нарушений развития раскрывают в своих работах В.И. Лубовский, М.Г. Блюмина, Л.О. Бадалян, Л. В. Кузнецова и др.

Однако в данных работах недостаточно освещены вопросы по организации образования глухих обучающихся с тяжелыми и множественными нарушениями развития в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом образования обучающихся с ОВЗ.

Поэтому возникают *противоречия* между:

- недостаточной теоретической разработанностью методик по организации работы с обучающимися с тяжелыми и множественными

нарушениями развития и увеличением данной категории в образовательных организациях;

- динамично развивающейся политикой в отношении образования обучающихся с ОВЗ и отсутствием адаптированных основных общеобразовательных и рабочих программ.

Объект: организация обучения и управление образованием обучающихся с тяжелыми и множественными нарушениями развития.

Предмет: процесс разработки и апробации адаптированной основной общеобразовательной программы начального общего образования для глухих обучающихся с тяжелыми и множественными нарушениями развития.

Научная новизна. До вступления в силу с 1 сентября 2016 года Федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья специалисты образовательной организации школы-интернат № 11 разработали адаптированную основную общеобразовательную программу для обучающихся с тяжелыми и множественными нарушениями развития.

Практическая значимость состоит в том, что:

- процесс обучения по разработанной адаптированной основной общеобразовательной программе состоялся в отношении глухих обучающихся с тяжелыми и множественными нарушениями развития;

- обучающиеся показали положительную динамику, как в освоении академического компонента программы, так и в процессе социализации.

- обучающиеся готовы проходить процесс обучения по инновационным программам, разработанным для данной категории обучающихся.

- результаты эксперимента могут быть использованы для разработки специальных индивидуальных программ развития для глухих обучающихся с тяжелыми и множественными нарушениями развития.

Цель: Разработать и апробировать адаптированную основную общеобразовательную программу начального общего образования для глухих обучающихся с тяжелыми и множественными нарушениями развития.

Задачи:

- проанализировать проблемы современного этапа развития образования и разработки адаптированной основной общеобразовательной программы для обучающихся с тяжелыми и множественными нарушениями развития
- составить психолого-педагогическую характеристику обучающихся с тяжелыми и множественными нарушениями развития
- разработать и апробировать адаптированную основную общеобразовательную программу начального общего образования для обучающихся с тяжелыми и множественными нарушениями развития.

Методы исследования. В работе использовались эмпирические (наблюдение, описание) и теоретические (сравнение, обобщение, анализ, абстрагирование, моделирование) методы исследования.

Базой опытно-экспериментальной работы стало Государственное казенное образовательное учреждение Свердловской области «Екатеринбургская школа-интернат № 11, реализующая адаптированные основные общеобразовательные программы».

Структура работы.

Работа состоит из введения, трех глав, заключения, списка использованных источников, приложений.

В первой главе выпускной квалификационной работы раскрываются и анализируются проблемы современного этапа развития образования, в том числе анализ перехода от дифференцированной системы обучения к инклюзивному образованию. Определяются понятия и причины возникновения нарушения слуха, умственной отсталости (интеллектуальных нарушений) и тяжелых и множественных нарушений развития. Также анализируются основные принципы законодательства РФ по организации

работы с обучающимися с тяжелыми и множественными нарушениями развития.

Во второй главе рассматривается организация работы с обучающимися с тяжелыми и множественными нарушениями в образовательной организации системы школы-интернат. Раскрываются критерии составления психолого-педагогической характеристики обучающихся с тяжелыми и множественными нарушениями развития. А также подробно описывается характеристика испытуемых обучающихся, в том числе их диагноз, анализ учебной деятельности, развитие психических познавательных процессов, эмоционально-волевое развитие.

Третья глава описывает методику разработки адаптированной основной общеобразовательной программы, а также организацию проведения экспериментального исследования по апробации адаптированной данной программы. Описываются результаты мониторинговых исследований по апробации разработанной адаптированной основной общеобразовательной программы, основным критерием данных исследований является «уровень самостоятельности при выполнении заданий».

Общие выводы по теме выпускной квалификационной работы представлены в заключительной части.

ГЛАВА 1. АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОГО ЭТАПА РАЗВИТИЯ ОБРАЗОВАНИЯ И РАЗРАБОТКИ АДАПТИРОВАННОЙ ОСНОВНОЙ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ С ТЯЖЕЛЫМИ И МНОЖЕСТВЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ

1.1. Современный этап развития специального образования

В настоящее время система организации образования в отношении детей с ограниченными возможностями здоровья (далее ОВЗ) находится на этапе реформирования. Актуальным вопросом является проблема места обучения детей с ограниченными возможностями здоровья. Данная категория обучающихся должна получать образование в специальных образовательных организациях или же в любой массовой школе.

Исторически сложилось, что как в России, так и в зарубежных странах создание педагогической системы образования для детей с отклонениями в развитии проходило несколько этапов. Изначально система специального образования мела принцип дифференциации. Во-первых это означало, что дети с ОВЗ обучаются отдельно от своих нормально развивающихся сверстников. А во-вторых, данная образовательная система дифференцировала спецификацию обучения в зависимости от вида первичного нарушения – это и явилось основой типологии специальных (коррекционных) образовательных учреждений.

До 2015 года в России функционировало восемь типов специализированных учебных заведений, которые отражены в таблице 1. Деятельность таких учреждений регламентируется постановлением Правительства Российской Федерации от 12 марта 1997 г. В основном данные школы имели интернатную систему обучения [7].

Типы специализированных учебных заведений

№	Вид	Категория обучающихся
1	специальное (коррекционное) образовательное учреждение I вида	Школа для глухих детей
2	специальное (коррекционное) образовательное учреждение II вида	Школа для слабослышащих и позднооглохших детей
3	специальное (коррекционное) образовательное учреждение III вида	Школа для незрячих детей
4	специальное (коррекционное) образовательное учреждение IV вида	Школа для слабовидящих детей
5	специальное (коррекционное) образовательное учреждение V вида	Школа для детей с тяжелыми нарушениями речи
6	специальное (коррекционное) образовательное учреждение VI вида	Школа для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата
7	специальное (коррекционное) образовательное учреждение VII вида	Школа для детей с трудностями в обучении — задержкой психического развития
8	специальное (коррекционное) образовательное учреждение VIII вида	Школа для детей с умственной отсталостью

Отечественная дефектология имеет колоссальный опыт изучения особенностей психического развития детей с ОВЗ. Разработанные обучающие технологии были уникальными. Основной акцент в «дифференцированной» системе обучения делался на создание условий для усвоения детьми с ОВЗ так называемого «академического компонента» — того, что составляет содержание образовательной программы обычной образовательной организации. Наряду с этим данная образовательная программа изменялась с учетом психофизических особенностей развития при конкретном нарушении (например, при нарушении интеллекта, зрения, слуха, речи, опорно-двигательного аппарата и т.п.). Кроме того, характерным для данной педагогической системы было то, что обучение в специальной школе занимало больше времени, чем в обычной — начальное общее образование, например, могло длиться от четырех до семи лет. Также в образовательную программу включались дополнительные специально организованные занятия, имеющие коррекционно-развивающую направленность: например, в образовательных организациях для детей с

нарушениями слуха проводится развитие слухового и слухозрительного восприятия, формирование и коррекция произносительной стороны устной речи, сенсорное восприятие и т.п.

В большинстве специальных образовательных организаций образование является цензовым, то есть обучающиеся получают аттестат о полном среднем (общем) образовании. Исключением являются школы VIII вида в которых получают образование обучающиеся с умственной отсталостью. Обучение в данной образовательной организации не является цензовым, так как имеет иное содержание – в данной системе обучения особое внимание уделяется профессионально-трудовой подготовке и социальной адаптации обучающихся. Общеобразовательные предметы преподаются обучающимся в доступной для них форме и качественно ином объеме. Обучающиеся по программам для детей с умственной отсталостью получают свидетельство об обучении по образцу и в порядке, которые устанавливаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере образования [4].

Таким образом, обучение по дифференцированной системе происходит с учетом «особых образовательных потребностей» обучающегося с ОВЗ. Однако на сегодняшний день настоящая система образования перестала восприниматься в России как единственно закономерная и разумная модель.

Проводя анализ можно сделать вывод, что система дифференцированного образования имеет также свои минусы.

Одним из минусов, несмотря на достаточно разделенную сеть специальных учебных заведений, образовательные организации всех восьми видов есть далеко не в каждом населенном пункте. Что означает, отрыв ребенка с ОВЗ проживающего в местности, где нет подходящего для него учебного заведения от семьи и возможность обучения его только в школе-интернате, находящейся в другом городе.

Вторым минусом является то, что система дифференцированного образования не может охватить всех обучающихся с ОВЗ, нуждающихся в образовании. Примером могут быть обучающиеся с расстройствами аутистического спектра, а так же обучающиеся, которые не могут самостоятельно передвигаться и др.

Третьим минусом является то, что в существующей до недавних пор системе коррекционного образования долгое время существовало так называемое понятие «необучаемые дети». Данное выражение выражало такое состояние, при котором выраженность интеллектуального дефекта препятствовала обучению даже в образовательных организациях с адаптированными требованиями. Создавалось такое противоречие в системе образования, которое характеризовалось тем, что ребенок, будучи гражданином, по закону имел право на образование, но был лишен возможности на его реализацию на основании диагноза.

Четвертым минусом является то, что в течение долгих лет обучающийся с ОВЗ оставался объектом «особой заботы коррекционной школы». В то же время учитель массовой образовательной организации не имел возможности работы с обучающимся с ОВЗ. Хотя данное утверждение не все современные педагоги считают минусом.

Данная картина характерна не только для России. Разделение детей на так называемых «нормальных» и «аномальных», «обучаемых» и «необучаемых» долго существовало и в зарубежных странах. Данная система начала претерпевать изменения только лишь в 1960–1970-х годах. В эти годы за рубежом была объявлена «концепция нормализации». Одними из первых данную концепцию приняли скандинавские страны. Данная концепция подразумевает то, что, любой человек, независимо от тяжести и типа, нарушений развития, имеет право на воспитание и обучение в духе общепринятых культурных норм, принятых в том обществе, в котором он живет.

То есть любой ребенок имеет право на обычные для нормально развивающихся сверстников форм жизнедеятельности. Ребенок с тяжелым нарушением имеет право на общение, обучение в доступной для него форме, профессиональное становление, организацию досуга. Соответственно, диагноз рассматривается как непобедимое препятствие к данному участию в общественной жизни.

Препятствием выступает окружающая ребенка среда, не принимающая во внимание особые потребности и возможности ребенка, продиктованные диагнозом. Другими словами низкая эффективность качества образования ребенка с тяжелыми нарушениями развития обуславливается отсутствием необходимых качественных условий для обучения, а не наличием у ребенка специфического диагноза.

Под средой в данном случае понимается совокупность различных факторов и условий, таких как: программы обучения, технические средства, квалификация специалистов и т.д. Психологические факторы имеют особую роль в формировании среды для обучающихся: отношение к людям с ОВЗ согласно концепции нормализации не может проектироваться с ориентацией на дефект, как ключевую характеристику.

Нынешняя социальная политика реализуется в рамках социальной модели инвалидности, где проблемы, с которыми сталкиваются лица с инвалидностью, лежат не в плоскости конкретного дефекта, а являются следствием несовершенства окружающей среды.

То есть инвалидность проявляется не в ограничениях человека, а взаимодействии его с окружающим миром. Человек становится инвалидом, когда не имеет возможности реализовать свои права и потребности, а не вследствие наличия болезней [44].

Д. П. Рязанов и А. М. Липинская в своей статье анализируя критерии универсальности доступа к доступной среде определили, что они должны учитывать такие факторы, как: социальный контекст, конкретную ситуацию, в которой может находиться любой человек, возрастные и культурные

факторы; а так же результаты анализа взаимодействия между человеком и средой [44].

Признание права на своеобразие и права на помощь в реализации данного своеобразия является основой отношения к человеку, отличающемуся от «нормативного большинства» остротой своего слуха, зрения, двигательными возможностями и уровнем интеллектуального развития.

Важно учесть, что доступную среду не стоит сводить только к образованию и воспитанию, хотя она и включает эти процессы. Доступная среда должна означать комплекс различных условий, как социально-контролируемых, и направленно-организуемых, так и стихийных, возникающих стихийно. Доступная среда является атрибутом образа жизни человека, и может рассматриваться не только как ее условие, но и как результат. Важным условием социализации является культурная актуализация личности, активное ее социальное совершенствование. Это и является основной идеей данного процесса [46] .

Впервые беспрепятственный доступ людей с инвалидностью к социальным объектам инфраструктуры был законодательно закреплён в 1995 году Федеральным законом «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». В данном законе освещены вопросы беспрепятственного доступа к объектам социальной инфраструктуры, а также пользования различным видом междугороднего транспортом и всеми видами городского и пригородного транспорта, так же средствами связи и информации [3] .

Впрочем, достаточно долгое количество времени основные нормы, закреплённые в данном законе, в реальной жизни оставались неработающими. Опыт российского градостроительства, организации транспортного обслуживания также проектирования объектов инфраструктуры в действительности не учитывал потребностей людей с ОВЗ.

В 2006 году была принята Конвенция Генеральной ассамблеи ООН о правах инвалидов. В статье 9 рассматриваются фундаментальные вопросы о доступности организации жизнедеятельности инвалидов. В данной статье предполагается наделение лиц с инвалидностью возможностью участвовать во всех аспектах жизни, а также вести независимый образ жизни, рассматривается обеспечение доступа к любым объектам инфраструктуры, к информации и связи, а также к иным объектам и услугам, предоставляемым населению [1].

Федеральным законом от 3 мая 2012 года № 46-ФЗ «О ратификации Конвенции о правах инвалидов» Российской Федерацией ратифицирована Конвенция о правах инвалидов от 13 декабря 2006 года, подписанная от имени Российской Федерации 24 сентября 2008 года. Конвенция фиксирует иное отношение в восприятии инвалидов обществом. С одной стороны признается право лиц с инвалидностью самостоятельно принимать любые решения, а также нести ответственность за свою жизнь. А с другой, государства, ратифицирующие данную Конвенцию, обязаны разрабатывать минимальные стандарты доступности социальных объектов и принимать соответствующие меры по применению данных стандартов [2].

В 2010 году выступая на заседании Правительства Российской Федерации Владимир Владимирович Путин говорил: «Долгие годы проблемы инвалидов замалчивались, как бы пытались эти проблемы вообще не замечать. Государство по факту ограничивалось выплатой пенсий или пособий. Многие инвалиды оказывались замкнуты в четырех стенах, отгорожены, по сути дела, от общества. Чтобы получить образование, сделать профессиональную карьеру, приходилось буквально пробивать многочисленные препоны. Естественно, это было под силу далеко не каждому» [14].

В данном выступлении было акцентировано внимание на том, что основной задачей государства является глобальное изменение положения лиц с ОВЗ к лучшему. Данное направление подразумевает создание необходимых

условий для полноценной, достойной и активной жизни, наравне со странами с развитой экономикой, где данные условия уже реальны. Решая данную задачу необходимо уменьшить или полностью ликвидировать сохраняющиеся барьеры для инвалидов, убрать все то, что мешает людям пользоваться общественным транспортом, получать качественное образование, а также медицинскую помощь, иметь возможность обратиться в государственные и муниципальные органы, а также иметь возможность работать. Все эти проблемы призвана решать специальная государственная программа «Доступная среда на 2011– 2020 годы». Согласно данной программе, должны быть созданы условия для беспрепятственного доступа инвалидов к большинству объектов социальной инфраструктуры, транспорта, связи и информации, образования [5; 6] .

27 октября 2014 года было подписано распоряжение премьер-министром России Д.А. Медведевым о пролонгации данной программы до 2020 года. Ранее реализация данной госпрограммы должна была завершиться в 2015 году, однако подписанное распоряжение продлевает её действие ещё на пять лет. Для лиц с ОВЗ это является очень важным решением, так как за пять лет реализации программы было сделано многое для решения социальных задач по проблемам лиц с ОВЗ, однако далеко не всё. В Правительстве РФ подчёркивает, что пролонгирование данной программы позволит дальше обеспечить формирование доступной среды для лиц с ОВЗ.

В образовательной системе данная концепция нашла свое отражение в идее так называемой «интеграции», что означает совместное обучение и воспитание детей с ОВЗ с обычными обучающимися [30].

Обучение детей с ОВЗ совместно с их нормативно развивающимися сверстниками было узаконено в России в 1990-х годах. Однако на практике признание возможности данной формы обучения далеко не единственное условие для его эффективной реализации.

В своей статье Н. Н. Малофеев дифференцировал группы детей интегрированных следующим образом:

- обучающиеся, интеграция которых обусловлена тем, что отклонение в развитии данных детей не была выявлена;
- обучающиеся, которые обучаются в обычном детском саду или школе по желанию родителей, которые заведомо скрыли диагноз ребенка;
- обучающиеся, с которыми родителями и специалистами проводилась коррекционная работа, и они были подготовлены к обучению с нормально развивающимися сверстниками. Данной категории обучающихся специалистами было рекомендовано интегрированное обучение;
- обучающиеся специальных классов и дошкольных групп в обычных не коррекционных образовательных организациях, чье обучение и воспитание осуществляется с учетом их отклонений в развитии [30].

Проводя анализ обучения вышеперечисленных групп можно сделать вывод, что успешность обучения и социальной адаптации их будет кардинально различаться. Специальные условия обучения созданы только для двух последних групп обучающихся. В других группах имеет место быть так называемая «стихийная интеграция», когда ребенок формально находится в классе с обычными обучающимися, но по факту исключен из совместного обучения.

Естественным будет являться то, что обучающемуся с ОВЗ для понимания материала будут дополнительные средства обучения и особое внимание педагога. Также поведенческие проблемы могут препятствовать общению с педагогами и сверстниками. Скорее финалом данного вида интегрированного обучения будет перевод обучающегося на домашнее обучение, что будет являться лишением данного обучающегося оптимальных условий для полноценного личностного развития.

Стоит выделить то, что вместе с нормативно развивающимися сверстниками может обучаться только тот ребенок с ОВЗ, который к этому будет готов. Данный обучающийся должен отвечать требованиям, которые предъявляются ко всем остальным обучающимся массовых образовательных организаций. По сути, этот момент и явился основой для критики

интегрированного вида образования. Ведь если ребенок не может соответствовать данным требованиям, то и обучаться в обычной образовательной организации не может [23].

Альтернативным понятию «интеграция» считается понятие «инклюзия». Данный термин был введен в 1994 году Саламанкской декларацией о принципах, политике и практической деятельности в сфере образования лиц с ОВЗ [45].

В современном обществе понятие «инклюзии» стало наиболее предпочтительно в сравнении с интеграцией, так как форма инклюзивного обучения позволяет любому ребенку с учетом их индивидуальных особенностей и потребностей независимо от степени выраженности и типа нарушения обучаться совместно с нормативно развивающимися сверстниками [28].

Наблюдается и другая точка зрения. Некоторые специалисты считают форму инклюзивного обучения менее эффективной в сравнении с интегрированным обучением. Так, например, Р. Дименштейн и И. Ларикова проводят терминологическое сравнение:

«Интеграция (от лат. *integratio* — соединение) — процесс развития, результатом которого является достижение единства и целостности внутри системы, основанной на взаимозависимости отдельных специализированных элементов [48].

Инклюзия (с англ. *Inclusion*-калька) — включение, добавление, прибавление, присоединение.

Можно провести сравнительную характеристику и сделать вывод, что интеграция — это двусторонний и симметричный процесс; а инклюзия — является однонаправленным и асимметричным процессом. Р. Дименштейн и И. Ларикова [48].

Форма интегрированного обучения в понимании Р. Дименштейн и И. Лариковой предполагает последовательное построение усложняющейся образовательной среды, позволяющую ребенку с ОВЗ постепенно

наращивать социальный и образовательный потенциал. Образовательная среда в данной форме обучения содействует расширению возможностей ребенка, а также готовит его к переходу на последующий уровень интегрированного обучения. В сравнении с интеграцией, инклюзия в первую очередь терминологически является более узким понятием. Как следует из словарного анализа данного термина, инклюзия является односторонним процессом, представляющим «внедрение» кого-то куда-то, что, по мнению авторов, несет очевидный насильственный оттенок, результатом которого является присутствие в некоей среде инородного для нее «объекта» [48] .

Однако идеей современного общества является то, что все большее распространение должна получать форма инклюзивного образования: происходит создание государственных программ, возникают различные законодательные инициативы, происходит образование центров сопровождения инклюзивного образования.

Для качественного и систематизированного анализа системы инклюзивного и дифференцированного образования необходимо определить положительные и отрицательные стороны каждой из представленных систем.

Однозначным плюсом при анализе дифференцированной системы обучения нами был выделен ориентир методов и содержания образования в первую очередь на образовательные возможности обучающегося с ОВЗ. Во всех массовых образовательных организациях нет педагогов, в совершенстве владеющих технологиями работы с обучающимися с нарушениями слуха, зрения, интеллекта и т.д.

Однако в дифференцированной системе обучения присутствуют и негативные стороны. Одной из них является достаточно низкая ориентированность на социальную интеграцию обучающихся. Таким образом, обучающийся впоследствии остается в той или иной степени изолированным от общества.

Интегрированная и инклюзивная модели обучения в этом отношении значительно больше отвечают социальным потребностям обучающегося с

ОВЗ. Но определенные трудности есть и здесь. Право обучающегося с ОВЗ на образование в той же среде, что и его нормативно развивающихся сверстников, остается на уровне принятия идеологии инклюзии [27].

Разумеется, признание и принятие является важным этапом. Но одного принятия недостаточно. Важным является создание реальных условий для получения качественного образования обучающихся с ОВЗ в массовых образовательных организациях. Не маловажным является знание педагогов методов и методик предоставления образования обучающимся с ОВЗ, а также как система оценки социальных и академических достижений.

Разработка моделей постепенного включения в образовательную среду и психолого-педагогического сопровождение обучающегося на всех этапах обучения является неотъемлемой частью перехода к инклюзивному обучению. Сама среда должна быть доступна для каждого обучающегося с ОВЗ [50].

На сегодняшний день внедрение инклюзии в образование требует больших доработок. Идеология не заменяет технологию: даже при адекватном отношении к обучающемуся с ОВЗ можно навредить из-за незнания и неготовности к решению новых задач, определяемых практикой инклюзивного обучения.

Важным, но не единственным условием для включения обучающегося с ОВЗ в образовательное пространство массовой образовательной организации является создание безбарьерной среды. Но вопрос о «доступности» интегрированного и инклюзивного образования для всех без исключения обучающихся с ОВЗ остается спорным. Условия для инклюзии возможны не всегда — и Саламанкская декларация говорит о следующем: «для тех, для кого это возможно» [45].

Исходя из сложности проблемы образования обучающихся с ОВЗ, можно сделать вывод, что, осознанное, ответственное отношение ко всем потребностям обучающегося с ОВЗ является первым шагом к созданию

оптимальных условий для полноценного развития данной категории обучающихся.

Не маловажным условием перехода к инклюзивной форме образования является система сопровождения и поддержки обучающихся с ОВЗ, в частности сопровождение тьюторами.

Тьютор (англ. tutor — наставник, опекун; лат. tueor — наблюдаю, забочусь) — новая специальность в системе российского образования. В Россию понятие тьюторства пришло из Великобритании, где это является особой исторически сложившейся педагогической позицией. В Англии данный специалист прикрепляется к каждому обучающемуся сразу после перехода в среднюю школу, и помогает ему вести проектную деятельность в вузе. В России же, тьютор сопровождает процесс индивидуального обучения в образовательных организациях любого уровня и обеспечивает разработку так называемых специальных индивидуальных программ развития обучающихся.

Тьютор или педагог, осуществляющий его функции, на первых этапах получения образования выступает в качестве проводника для обучающегося в образовательное пространство образовательной организации. Тьютор помогает конкретному обучающемуся заниматься тем, что ему интересно, при этом не отставать от программных требований. Это характеристики применимы к тьютору, который сопровождает нормативно развивающихся обучающихся [17].

В системе инклюзивного образования тьютор занимает позицию специалиста, организующего все необходимые условия для успешной включенности обучающегося с ОВЗ в образовательную и социальную среду образовательной организации. Основной задачей тьютора является организация помощи обучающемуся с ОВЗ и адаптация его к школьной среде, а также проявлении своих способностей. В тесном сотрудничестве с педагогами и родителями (законными представителями) тьютор создает для обучающегося благоприятную среду для успешного получения образования

и является помощником в благоприятной социальной адаптации обучающегося. Должность «тьютора» на сегодняшний день в России официально закреплена в числе должностей работников образования [8; 9; 10].

При сопоставлении различных моделей организации получения образования на уровне школы, можно сделать вывод о том, что при интеграционном подходе обучающийся с ОВЗ должен сам адаптироваться к системе образования, которая при этом остается неизменной, а при инклюзивном подходе уже система образования терпит преобразования и приобретает возможность адаптироваться к особым образовательным потребностям обучающихся.

О социальной значимости инклюзии Президент Российской Федерации В. В. Путин говорил на форуме Общероссийского народного фронта «Качественное образование во имя страны»: «Инклюзивное образование крайне важно для всех членов общества – и для людей с ограниченными возможностями здоровья и для детей, у которых нет проблем со здоровьем». Одновременно президент выразил обеспокоенность закрытием специальных (коррекционных) общеобразовательных организаций: «150 школ коррекционных закрыто за последнее время. Безусловно, закрытие коррекционных школ, если оно происходит, должно быть сопоставлено с возможностями инклюзивного образования. Этого, к сожалению, нет» [41].

При инклюзивном подходе можно говорить о том, что барьеры и трудности в получении образования, с которыми могут столкнуться обучающиеся с ОВЗ в общеобразовательных школах, происходят из-за нынешней организации и практики учебного процесса, а также из-за устаревших методов и методик обучения. При инклюзивном подходе не обучающийся адаптируется к существующим требованиям стандартной школы, а образовательная организация изменяется и ищет различные педагогические подходы к обучению таким образом, чтобы была

возможность учитывать особые образовательные потребности всех тех обучающихся, у которых они возникают.

Вступив в силу ФГОС НОО обучающихся с ограниченными возможностями здоровья официально определил, что процессы инклюзивного и коррекционного образования осуществляются в правовом поле. На сегодняшний день законодательно закреплено, что родители каждого обучающегося с ОВЗ имеют право на выбор образовательной организации, а также форму и вариант образовательного маршрута [30].

1.2. Этиология комплексных нарушений развития

На современном этапе классифицируется 10 категорий детей с ОВЗ. К их числу можно отнести детей с дефектами анализаторов: с полной (тотальной) или частичной (порциальной) потерей слуха или зрения, неслышащие (глухие), слабослышащие, незрячие (слепые), слабовидящие, с нарушениями речи, с нарушениями опорно-двигательного аппарата (церебральный паралич, последствия травм позвоночника или перенесенного полиомиелита), с различной степенью выраженности умственной отсталости и задержки психического развития, со сложными нарушениями развития, дети с расстройствами аутистического спектра.

Большая часть детей с ОВЗ относится к числу умственно отсталых. Дети с полной потерей слуха или зрения встречаются относительно редко, а в последнее время наблюдается тенденция увеличения обучающихся с грубо выраженными сложными нарушениями и аутизмом [18]. Дети с отклонениями в развитии имеют ряд общих черт, которые позволяют объединять их в особую категорию.

Обучающиеся с ОВЗ:

- Имеют достаточно резко выраженные специфические для каждой группы особенности, не свойственные нормативно развивающимся детям, т.е. нарушения системы психической деятельности.
- Имеют отклонения в приеме, переработке и использовании информации, поступающей из окружающей среды.
- Имеют трудности в овладении родной речью, которые особенно очевидны у детей со сниженным слухом и речевыми нарушениями [39].

Нарушение слуха

Нарушение слуха является сочетанным дефектом при 250 врожденных и приобретенных заболеваниях. Коррекция отклонений, порождаемых нарушением слуха, требует квалифицированного решения специалистами дефектологами, которые имеют опыт практической работы с любой категорией обучающихся с отклонениями в развитии [21].

Увеличение обучающихся с нарушениями слуха объясняются следующим рядом причин: ухудшением материнского здоровья; улучшением медицинского обслуживания, родовспоможения; ухудшением среды обитания; достижениями ранней диагностики, методы которой все более эффективны, а ранняя диагностика является обязательной [21].

Выделяется две группы причин глухоты: врожденная и приобретенная. У новорожденных врожденное нарушение слуха встречается с частотой 1 к 2000 рождений [33]. По данным Л. А. Бухмана и С. М. Ильмер врожденное нарушение слуха диагностировано у 27,7 % обследованных новорожденных с патологией слуха [43]. Врожденная глухота представлена несколькими подгруппами, которые подробно рассмотрены в таблице 2 [21; 33].

Таблица 2

Подгруппы врожденной глухоты

Врожденная глухота		
Первая подгруппа	Вторая подгруппа	Третья подгруппа
Объединяет случаи повреждения слуховой функции вследствие генетических мутаций. В	внутриутробные нарушения органа слуха при отсутствии генетической и наследственной	глухота новорожденного вследствие родовых травм. Последние являются значительным фактором

Настоящее время обнаружено более 50 генов, ответственных за остроту слуха. Первично возникающие вредные мутации в этих генах обуславливают нарушения звуковоспринимающего аппарата, т.е. нейросенсорную тугоухость. Частота генетических нарушений слуха колеблется от 36 до 85% от всех случаев врожденной глухоты. Причиной вредного мутагенеза являются облучение, химические воздействия, биологические воздействия бактерий и вирусов Наследственная глухота (когда генетически дефектный ген слуха передается по наследству) встречается, как правило, в семьях глухих родителей. Частота браков среди глухих в 4-6 раз выше, чем в популяции в целом. Поэтому семейные формы встречаются достаточно часто и по данным разных авторов колеблются от 30 до 50% от всех случаев врожденной глухоты.	отягощенности. Причиной выступают: - инфекционные заболевания матери в первые три месяца беременности: краснуха, грипп, скарлатина, корь, герпес, паротит (свинка), ветряная оспа, туберкулез, полиомиелит, сифилис, токсоплазмоз; - прием матерью ототоксичных лекарств (антибиотиков, производных хинина, фуросемида, аспирина); - алкоголизм и наркомания матери; - травмы; - несовпадение по резус- фактору крови плода и матери; - сахарный диабет; - тяжелая аллергия матери.	риска нарушения слуха. К ним относятся: - асфиксия плода; - черепно-мозговая травма в случае наложения щипцов; - проведение интенсивной терапии новорожденному: искусственная вентиляция легких с нарушением кислородного режима или превышением срока более 5 дней.
--	--	---

В зависимости от возраста наблюдается четкая зависимость распространенности приобретенной глухоты. Так на первом году жизни основной является врожденная глухота, а в возрасте – приобретенная. Основной причиной возрастных патологий слуха являются такое заболевание, как неврит, т.е. омертвление слухового нерва вследствие старческого ухудшения кровообращения.

Причины происхождения приобретенной глухоты многообразны. К ним можно отнести следующие:

- Инфекционные заболевания: грипп, корь, менингит, скарлатина, паротит. При данных заболеваниях звуковоспринимающие части слухового анализатора во внутреннем ухе (рецепторы улитки и слуховой нерв) инфицируются и воспаляются, а затем функционально поражаются. Прогноз восстановления слуховой функции утраченной при инфекционных заболеваниях благоприятен в случае, если поражена улитка, но сохранен слуховой нерв. При коррекции данного вида патологии применяется особый тип слухового аппарата – вживляемый кохлеарный имплант. При поражении слухового нерва прогноз неблагоприятен, в связи с тем, что в современной медицине нет медикаментозных или оперативных способов восстановления функции нерва, а протезирование его на сегодняшний день оказывается неуспешным либо находятся на стадии экспериментальной проверки.

- Острый отит. При данном заболевании чаще происходит воспаление среднего уха, при котором накапливающийся гной совершает прободение барабанной перепонки или разрушает слуховые косточки. Лечение последствий отита является благоприятным, т.к. успешно проводится протезирование нарушенной барабанной перепонки и слуховых косточек.

- Прием ребенком ототоксичных лекарств: аспирин, антибиотиков, хинина и его производных, фуросемида. Данная категория лекарств оказывает токсичное действие на звуковоспринимающие части слухового анализатора во внутреннем ухе. Прогноз восстановления утраченной при токсичных поражениях слуховой функции в настоящее время аналогичен предыдущему.

- Неврит. Данное заболевание является возрастным, при котором отмирает слуховой нерв из-за ослабленного кровообращения, которое приводит к дефициту питания нервных клеток. Прогноз лечения данного заболевания неблагоприятен.

- Отосклероз. При данном заболевании кальцинируются и становятся неподвижными слуховые косточки, впоследствии они теряют способность передавать звуковые волны во внутренний отдел слухового анализатора. Прогноз – благоприятный, т.к. в настоящее время успешно проводится оперативное вмешательство, т.е. протезирование указанных компонентов слухового анализатора.

- Травмы, которые приводят к морфологическим нарушениям слухового анализатора [21].

Ю. Б. Преображенский и Л. С. Гордин (1973) выделили частотность причин аномалий слуха (в %):

- причина не установлена – 21,1;
- заболевание среднего уха – 18,0;
- грипп – 9,5;
- корь – 9,4;
- асфиксия в родах – 5,1;
- недоношенность – 4,4;
- паротит – 3,7;
- менингит – 3,0;
- механическая травма – 2,3;
- родовая травма – 2,1;
- глухота у близких родственников – 2,0;
- применение акушерских щипцов или вакуума – 1,6;
- затяжные роды – 1,3;
- врожденная аномалия развития уха – 0,8;
- лечение антибиотиками – 0,8;
- коклюш – 0,7;
- аллергия ребенка – 0,4 [43].

В сурдопедагогике, аудиологии, сурдопсихологии чаще применяют одновременно несколько классификаций детей с нарушениями слуха. Выделяют такие классификации как, психолого-педагогическая и

медицинская. В медицинской классификации представлены три различных по критериям варианта. Первый вариант – тональная классификация, критерием служит степень потери слуха в децибеллах. В данной классификации выражение «потеря слуха составляет 40 децибелл» обозначает, что человек не может слышать звуки, сила которых – 40 дБ и менее, подробное описание представлено в таблице 3 [24]. В сурдопедагогике и аудиологии в настоящее время принято использовать международную классификацию степени нарушения слуха.

Таблица 3

Международная классификация степеней нарушения слуха

Потеря слуха в дБ	Степень нарушения слуха
26-40 дБ	Первая степень тугоухости
41-55 дБ	Вторая степень тугоухости:
56-70 дБ	Третья степень тугоухости:
71-90 дБ	Четвертая степень тугоухости
91 дБ и более	Глухота

Из детей, поставленных на учет в сурдологических кабинетах РФ 49 % имели 1-ую степень тугоухости; 22,9 % – 2-ую; 13,1 % – 3-ю; 9,5 % – 4-ую; 8,1 % были глухими [12].

Только у 2% глухих детей зафиксирована тотальная глухота, т.е. данная категория детей отличается тем, что они не имеют слуховых ощущений. У большинства глухих присутствует слуховой резерв, они способны различать звуки. На практике видно, что слуховой резерв глухих детей является неоднородным. Выявлено, что возможность различать элементы речи напрямую зависит от диапазона воспринимаемых частот.

Критерием для второго варианта медицинской классификации по которому выделяют 4 слуховые группы глухих детей является объем воспринимаемых частот (таблица 4).

Данными вариантами медицинской классификации чаще пользуются аудиологии, врачи-отоларингологи, диагностирующие нарушения слуха, техники-сурдологи, которые подбирают и настраивают слуховые аппараты, сурдопедагоги, которые ведут индивидуальные занятия по слуховой работе.

Таблица 4

Классификация глухих детей по объему воспринимаемых частот

1 группа	2 группа	3 группа	4 группа
Воспринимают только самые низкие частоты: 128-256 Гц не различают гласные, согласные звуки, слова	Воспринимают самые низкие и низкие частоты: до 512 Гц различают звуки о, у, не различают остальные гласные, согласные звуки, слова	Воспринимают самые низкие, низкие и средние частоты: до 1024 Гц различают звуки о, у, ы, а, не различают остальные гласные, согласные звуки, слова	Воспринимают широкий диапазон частот: до 2048 Гц и выше различают все гласные звуки, дифференцируют принадлежность к группе согласных, различают знакомые слова

Третьим вариантом медицинской классификации являются типы нарушений слуха, которые выделяются по критерию «нарушенный механизм преобразования звуковых сигналов». По данному критерию выделяются двусторонняя глухота (тугоухость), односторонняя глухота (тугоухость); кондуктивная глухота (тугоухость) и нейросенсорная глухота (тугоухость) (таблица 5).

Таблица 5

Классификация глухих детей по типам нарушений слуха

Кондуктивная глухота (тугоухость)	Нейросенсорная глухота (тугоухость)	Сенсоневральная глухота (тугоухость)	Слуховая нейропатия
Данный тип нарушения слуха обусловлен поражением звукопроводящего аппарата в наружном и среднем ухе. Чаще всего в наружном ухе причиной расстройства являются недоразвитие слухового прохода, различные повреждения барабанной	Данный тип нарушения слуха обусловлен поражением звуковоспринимающего аппарата, а именно: повреждением волосковых клеток в улитке, других структур улитки; поражением по разным причинам слухового нерва. И. В. Королева указывает, что в связи с недавним	Данный тип нарушения слуха вызван повреждением волосковых клеток в улитке, атрофией спирального ганглия, повреждением (отмиранием) слухового нерва вследствие рассмотренных выше причин.	Данный тип нарушения слуха выявлен недавно. Она состоит в том, что резко нарушено восприятие (разборчивость) речи при явной сохранности наружных волосковых клеток улитки и слухового нерва. Предполагается, что в отличие от сенсоневральной глухоты (тугоухости) у этих пациентов либо нарушен механизм передачи нервных

перепонки; в среднем ухе – снижение по разным причинам подвижности слуховых косточек.	обнаружением особого вида нарушения слуха – слуховой нейропатии термин «нейросенсорная глухота (тугоухость)» приобрел обобщенный характер и обозначает две группы расстройств: сенсоневральную глухоту (тугоухость) и слуховую нейропатию.		сигналов между рецепторами улитки и слуховым нервом; либо нарушена синхронизация проведения нервного возбуждения волокнами слухового нерва. По наблюдениям И. В. Королевой, большая часть детей со слуховой нейропатией имеет сочетанное органическое поражение центральной нервной системы, приводящее к нарушению развития речи и мышления.
---	--	--	---

Таким образом, с учетом современных эпидемиологических данных о частоте встречаемости типов глухоты (тугоухости) с учетом современных данных о слуховой нейропатии частота встречаемости кондуктивной глухоты составляет 51-52% случаев; нейросенсорной глухоты – 38%, в том числе (по данным И. В. Королевой); слуховая нейропатия составляет 0,5-15%; смешанный тип глухоты 10-11% [12].

Данные, которые включают сведения о месте нарушения слуха чаще используют в своей работе врачи-отоларингологи с целью проведения лечебных или хирургических мероприятий, а так же для назначения кохлеарной имплантации; сурдотехники для адекватного подбора индивидуального слухового аппарата.

При диагностике нарушения слуха медицинская классификация является официальным документом, который рассматривается в психолого-медико-педагогической комиссии, отражается в личном деле ребенка, также находится в образовательном учреждении и поликлинике по месту жительства. При предъявлении в социальной защите данная медицинская

классификация является основанием для выделения бесплатных слуховых аппаратов местным отделением медико-социальной экспертизы, а также является основанием для назначения инвалидности по слуху [16].

Интеллектуальные нарушения (умственная отсталость)

Умственно отсталым, называют такого ребенка, у которого наблюдается стойкое нарушение познавательной деятельности вследствие органического поражения головного мозга (наследуемого или приобретенного) [42].

Дети с нарушением интеллекта с младшего возраста отстают в развитии от нормально развивающихся сверстников. Развитие данной категории детей характеризуется качественными особенностями и низкими темпами.

В младенчестве у них в иные сроки, чем у нормативно развивающихся сверстников, формируется такой навык, как прямостояние: дети позже держат голову, переворачиваются, стоят с опорой, сидят, ползают, ходят. Значительно задерживается качественное социально-эмоциональное развитие, характеризующееся бедными эмоциональными реакциями на появление близкого взрослого, на его улыбку, ласковые слова. Улыбка у ребенка с нарушением интеллекта появляется к 5 — 6 месяцам и позже (при нормальном развитии она появляется в 2 — 3 месяцам). Улыбка чаще кратковременная. Сроки появления «комплекса оживления» также значительно запаздывают (после 6 месяцев, в то время как в норме — в 3 месяца), он характеризуется бедностью эмоциональных реакций, слабой вокализацией, более слабыми, чем в норме, двигательными реакциями, кратковременностью, быстрым угасанием. Ребенок с нарушением интеллекта не стремится к активному общению со взрослым [34].

Знание этиологии умственной отсталости важно не только при диагностике, но и для дальнейшего прогнозирования динамики заболевания у определенного ребенка в дальнейшем, которое необходимо при решении вопросов его комплексной психолого-медико-педагогической реабилитации, а также социальной интеграции.

Несмотря на многолетнюю историю учения этиологии умственной отсталости, отследить ее причины у определенного ребенка не всегда представляется возможным. Зачастую причины оказываются в сложном взаимодействии на различных этапах психического онтогенеза. По многим данным литературы, считается, что только у 6% детей можно определить причину их умственной отсталости. Г. Аллен (1955), Дж. Маркен (1967) считают возможным установить причину только в 35%, все остальные случаи умственной отсталости относят к недифференцированным (или идиопатическим) формам.

Все причинные факторы условно можно разделить на 2 группы: эндогенные (внутренние), чаще всего они являются наследственными, и экзогенные (внешние) — врожденные и рано приобретенные (до возраста 3-х лет).

Наследственно на генетическом уровне, передается около 50—70% дифференцированных форм умственной отсталости.

Около 1500 нервных, а также психических заболеваний (в том числе и умственная отсталость) связаны с неблагоприятными генными мутациями и около 300 — с явлениями хромосомных мутаций (фенилкетонурия, болезнь Дауна, синдром Ж. Лежена, плодный алкогольный синдром, нейрофиброматоз и др.). В связи с неблагоприятными экологическими изменениями в биосфере, широким распространением наркомании, в том числе алкоголизма и курения (это тоже виды наркомании), особенно среди молодежи, не исключено увеличение числа детей с дифференцированными формами умственной отсталости. В этой обширной группе у детей могут быть умеренные и легкие степени умственной отсталости, но преобладают тяжелые и глубокие степени, а в части случаев — и такие варианты недоразвития головного мозга, которые несовместимы с жизнью плода или родившегося младенца [52].

В настоящее время установлено, что одной из частых причин глубокой умственной отсталости являются хромосомные аномалии, которые

составляют около 15% от всех случаев диагностирования умственной отсталости. Диагностика хромосомных форм умственной отсталости основывается на комплексе показателей, полученных при клиническом и цитогенетическом обследовании. Хромосомные отклонения могут возникать при изменении числа или структуры как половых хромосом, так и аутосом. При аномалиях в системе аутосом умственная отсталость сильно выражена и часто сочетается с различными множественными пороками развития, включающими аномалии в строении лица, черепа, общую диспластичность телосложения, нарушения со стороны внутренних органов, костной системы, органов слуха, зрения.

Большое значение имеет ранняя диагностика интеллектуальных нарушений при наследственных нарушениях обмена. На сегодняшний день описано более 600 видов наследственных нарушений обмена. При большинстве из них присутствует поражение центральной нервной системы, что приводит к возникновению так называемых тяжелых и множественных нарушений развития, то есть к различным сочетаниям интеллектуальной недостаточности с поражениями двигательной системы, с недоразвитием речи, нарушениями зрения, слуха, а также с эмоционально-поведенческими расстройствами и/или судорожными припадками.

Большое значение при изучении генетических форм умственной отсталости в настоящее время уделяется X-хромосоме, сцепленной с умственной отсталостью, и в частности синдрому ломкой X-хромосомы. Исследования, которые проводились во многих странах, показали высокую частоту данного заболевания.

Динамическое изучение развития детей с этим заболеванием выявило структуру дефекта, включающую сочетание специфической неврологической, психопатологической и соматической симптоматики [33].

Неблагоприятные наследственные факторы могут выступать самостоятельно, но чаще в сложном взаимодействии с определенными факторами внешней среды, то есть неблагоприятная окружающая среда

может провоцировать наследственную предрасположенность к различным заболеваниям. Противопоставление экзогенных и эндогенных этиологических факторов является неправильным.

Экзогенных этиологических факторов большое количество. В частности, это хронические заболевания матери во время беременности и в период кормления грудью (гипертония, гепатит, злоупотребление алкоголем, курение, сердечно-сосудистые заболевания, диабет, употребление наркотиков, бронхиальная астма, эмфизема и другие заболевания, ведущие к гипоксии плода; приемы некоторых лекарственных препаратов, профессиональные интоксикации и др.), нарушающие развитие плода.

Беременность, которая протекает патологически (например, тяжелый токсикоз, угроза выкидыша и др.), а также патологические роды — все это может быть причинами умственной отсталости или других нарушений психофизического развития ребенка.

Различные инфекции, перенесенные матерью во время беременности: вирусные (СПИД, коревая краснуха, цитомегалическая инклюзионная болезнь, грипп), микробные (сифилис, гноеродная инфекция), заболевания, вызванные простейшими микроорганизмами (бруцеллез, токсоплазмоз, листериоз), — также могут привести к умственной отсталости. Последствия данных заболеваний для плода или уже у родившегося ребенка могут быть самыми различными — от легкой до глубокой степени умственной отсталости, спонтанного выкидыша или даже смерти ребенка вскоре после его рождения.

Причиной неблагоприятных последствий для психофизического развития плода или ребенка после рождения может быть влияние повышенной радиоактивности биосферы (воды, почвы, атмосферы, растительного и животного мира). Особенно чувствительным к радиоактивному облучению является генетический и хромосомный аппарат клеток зародыша.

Многие из вышеуказанных причин умственной отсталости имеют значение после рождения ребенка, примерно до трехлетнего возраста, так как развитие мозга у человека продолжается в интенсивном режиме примерно еще три года после его рождения. Даже минимальные вредности, действующие на развивающийся мозг ребенка, могут иметь неблагоприятные последствия для его развития. Поэтому чрезвычайно важно уберечь его от ушибов головы, которые могут быть результатом случайных падений, а также конфликтных ситуаций (падения со стула, с качелей, травмы головы при детских драках, даже физических наказаний, когда родители находятся в состоянии аффекта и т. п.). Предохранять ребенка от различных ушибов головы, инфекций, интоксикаций, своевременно его лечить — это означает создать ему условия для его нормального психофизического развития.

В последнее время большое внимание уделяется семьям, в которых имеются умственно отсталые дети. Возрастает количество фактов, дающих основание утверждать, что в бедных семьях чаще и больше в количественном отношении встречаются дети с умственной отсталостью в легкой степени. Тяжелые и глубокие степени умственной отсталости почти равномерно распределяются среди детей всех слоев населения. Эта закономерность наблюдается во всех экономически развитых странах мира.

Преобладание детей с легкой степенью умственной отсталостью в бедных слоях населения объясняется многочисленными причинами. Среди данных причин обычно выделяют: некачественное питание детей, плохие экономические, а также бытовые условия существования семей, частые болезни детей и недостаточное их лечение, низкий социокультуральный уровень (по сравнению с другими слоями населения) ближайшего окружения детей и отсутствие, в связи с этим, стремления к более высоким уровням жизни. Плохо сказывается на психическом развитии младенца отрицательный психологический климат в семье, эмоционально напряженные отношения между членами семьи и частые конфликты.

Психическая депривация имеет различные формы и степени. Неоднозначны и последствия психической депривации: запаздывания в развитии речи, отклонения в формировании личности, низкая норма интеллекта, нарушения поведения (часто агрессивность), аутизм, легкие степени умственной отсталости и др. Наиболее выраженные отрицательные последствия бывают при сочетании психической депривации с причинными факторами экзогенной или эндогенной природы [51].

Традиционно считалось, что умственная отсталость является результатом органического поражения головного мозга. Наряду с этим известно, что органическая недостаточность головного мозга может быть обнаружена преимущественно у тяжело умственно отсталых детей, тогда как у детей с легкой степенью умственной отсталости выявляется редко. Это означает, что патогенез различных форм умственной отсталости неоднозначен.

Г. Е. Сухарева (1965) указывает, что в патогенезе имеют значение не только интенсивность и качество действующей вредности, но также «хроногенный фактор», то есть особенно важно, на каком этапе онтогенеза происходит повреждающее действие вредности, приводящее к патологии [47].

Обычно пороки развития подразделяют на гаметопатии, бластопатии, эмбриопатии и фетопатии. Степень тяжести поражения зародыша и плода, соответственно, и клиническая картина, во многом зависят от сроков поражения. На ранних сроках обычно встречаются тяжелые и грубые поражения, часто не совместимые с жизнью. Во второй половине беременности грубые поражения плода являются особой редкостью, но патогенез умственной отсталости является более сложным, так как к нарушениям развития нередко присоединяются местные воспалительные процессы с последующими очаговыми спайками, некрозами, рубцами, а также другими повреждениями мозга и мозговых оболочек.

Современное состояние учения об умственной отсталости далеко не всегда позволяет с достаточной долей определенности устанавливать ее причину и патогенез, особенно в конкретных случаях. Несомненно, механизмы ретардации и асинхронии не исчерпывают всей сложности патогенеза умственной отсталости.

Термин «умственная отсталость» рассматривался Г. И. Капланом и Б. Дж. Седоком, как просто синоним ретардации. Они считают, что умственная отсталость является «поведенческим синдромом», который не имеет единой этиологии, механизма, динамики или прогноза, и отражает всего лишь точку зрения и установку общества по отношению к таким детям [20].

Термин «умственная отсталость» является достаточно обобщенным понятием, включающим стойкие нарушения интеллекта, то есть разные клинические формы интеллектуального недоразвития — как резидуальные, так и прогрессивные, обусловленные прогрессирующими заболеваниями ЦНС. Среди клинических форм умственной отсталости выделяют олигофрению и деменцию.

Термин «олигофрения» также включает несколько групп стойких интеллектуальных нарушений, обусловленных, прежде всего, внутриутробным недоразвитием головного мозга или стойким нарушением его формирования в раннем постнатальном онтогенезе (на первых трех годах жизни).

Таким образом, олигофрения представляет собой проявления ранней дизонтогенеза головного мозга с преимущественным недоразвитием более поздно формирующихся мозговых структур и, прежде всего, лобной коры головного мозга [33].

В раннем возрасте разграничение деменции и олигофрении представляет большие сложности. Это связано с тем, что любое заболевание или повреждение мозга, приводящее к утрате ранее приобретенных навыков и распаду сформированных интеллектуальных функций, обязательно

сопровождается качественным отставанием психического развития в целом. Поэтому в раннем возрасте особенно часто трудно разграничить приобретенную и врожденную интеллектуальную недостаточность. В связи с данным фактором приобретенный интеллектуальный дефект, связанный с прогрессирующими органическими заболеваниями мозга, с эпилепсией, шизофренией, начавшимися в первые годы жизни ребенка, имеет сложную структуру, включающую отдельные черты, как деменции, так и олигофрении. При преобладании последних говорят об так называемых олигофреноподобных состояниях.

При возникновении деменции у детей старше трех лет ее отграничение от олигофрении становится наиболее заметным.

Таким образом, причинами умственной отсталости являются различные поражения головного мозга. К данным поражениям относятся воспалительные заболевания (энцефалиты и менингоэнцефалиты), интоксикации (эндокринные, обменные и др.), ушибы головного мозга и многие другие заболевания.

Результатом различных заболеваний по-разному нарушается высшая нервная деятельность, возникают расстройства психики. Важно знать, какое именно заболевание вызвало умственную отсталость у конкретного ребенка. Определение диагноза и истории заболевания предоставляет возможность лучше определить психическое состояние ребенка и выбрать наиболее целесообразные методы индивидуального подхода при его обучении и воспитании [40].

Для научного обоснования методов коррекционно-воспитательной работы с детьми с тяжелой, умеренной умственной отсталостью необходимо знать строение дефекта психики каждого из них. На Международном симпозиуме психиатров (1969) М. С. Певзнер выступила с клинико-педагогической классификацией данной категории детей. Эта классификация получила одобрение. В ней указываются типологические особенности детей данной категории детей.

М. С. Певзнер выделяет 5 форм олигофрении: неосложненная; с нарушением нейродинамики; с нарушением анализаторов; с грубым нарушением личности; с психопатоподобной формой поведения [38].

1. При первой форме олигофрении наблюдается недоразвитие сложных форм познавательной деятельности при относительной сохранности нейродинамики, эмоционально-волевой сферы, работоспособности, поведения, целенаправленной деятельности.

2. При второй форме олигофрении отмечается нарушение нейродинамики. В этом случае недоразвитие сложных форм познавательной деятельности усугубляется грубыми нарушениями поведения, работоспособности, целенаправленной деятельности, эмоционально-волевой сферы. Различаются дети-олигофрены: возбудимые, заторможенные и астенизированные.

3. При третьей форме олигофрении наблюдается недоразвитие сложных форм познавательной деятельности на фоне грубого нарушения речедвигательной, слухо-речевой и зрительной систем (нарушение восприятия пространства и пространственных представлений).

4. При четвертой форме олигофрении обнаруживается недоразвитие сложных проявлений познавательной деятельности на фоне грубого недоразвития личности (потребностей, интересов, мотивации, эмоционально-волевой сферы).

5. При пятой форме олигофрении отмечается недоразвитие сложных проявлений познавательной деятельности и психопатоподобное поведение.

Знание диагноза и истории заболевания помогает педагогу лучше понять психическое состояние и особенности поведения обучающегося подобрать наиболее целесообразные методы индивидуального подхода при обучении и воспитании [42].

Тяжелые и множественные нарушения развития

Острая необходимость углубленной разработки системы специального образования в отношении детей с тяжелыми и множественными нарушениями развития определяется увеличением количества детей, имеющих данную патологию.

«Полагают, что дети со сложными нарушениями развития — это редкая статистически малоизученная категория аномальных детей. Между тем, согласно данным исследований и наблюдениям опытных дефектологов-практиков, эти дети составляют в среднем до 40 % контингента специальных образовательных учреждений» [49].

Тяжелое и множественное нарушение развития - это целостный феномен, характеризующий принципиально особую ситуацию развития ребенка.

В настоящее время известно не менее десяти равнозначных определений понятия «тяжелые и множественные нарушения развития», которые трактуются по-разному: сложные аномалии развития, сложные нарушения развития, сложный дефект, комбинированные нарушения, тяжелые и множественные нарушения, сложная структура дефекта, сочетанные нарушения, комплексные нарушения, сложный вариант нарушенного развития и пр.

Т. А. Баилова и Н. А. Александрова предлагают следующее определение - «сложное, или множественное нарушение» [13].

М. В. Жигорева отмечает, что в последние годы принято использовать термин «сложные нарушения развития» [19].

Н. М. Назарова указывает на то, что уточнение данных понятий и терминов стало одной из явно выраженных тенденций ее развития [35].

В США термин «сложный дефект» рассматривается как наличие у ребенка нескольких патологий: умственной отсталости и слепоты, умственной отсталости и нарушения опорно-двигательного аппарата (ДЦП) и прочих сочетаний [13].

По мнению американских специалистов, данные комбинации являются причиной особых образовательных потребностей, которые не могут быть учтены рамками специальных образовательных программ, рассчитанных на одно из имеющихся нарушений [54].

В немецкой терминологии сложное нарушение определяется как комплексный синдром, частью которого является умственная отсталость, комбинированная со слепотой, глухотой, расстройствами опорно-двигательного аппарата либо соматическими нарушениями.

Сложный дефект, согласно определению, принятому в нашей стране, - это любое сочетание психических и (или) физических недостатков, подтвержденных в установленном законом порядке.

По мнению отечественных специалистов, сложное нарушение развития характеризуется сочетанием двух и (или) более психофизических нарушений (зрения, речи, слуха, умственного развития) у одного ребенка, в одинаковой степени определяющих структуру нетипичного развития и трудности реализации образовательных практик по отношению к данному ребенку [49].

В. Н. Чулков утверждает, что в современной специальной литературе в номинации сложных нарушений обозначаются только так называемые первичные нарушения. Если в название включаются вторичные отклонения в развитии, как, например, в слове «слепоглухонмота», где «немотой» обозначено отсутствие речи у ребенка, является следствием его глухоты, социально обусловленным, т. е. вторичным нарушением, то такой термин следует признать неточным и устаревшим [49].

Следовательно, как отмечает М. В. Жигорева, к сложным (комплексным) нарушениям развития относятся нарушения, которые представлены несколькими первичными дисфункциями, которые, будучи взятыми отдельно, определили характер и структуру аномального развития. Каждое из выявленных в сочетании нарушений оказывает воздействие на все другие, что приводит их к взаимному усилению. В итоге отрицательные последствия данных дисфункций оказываются качественно и количественно

значительно грубее по сравнению с простой суммацией отдельных нарушений [19].

В середине 80-х годов М. Г. Блюминой была сделана попытка определить теоретически ожидаемую распространенность некоторых видов тяжелых и множественных нарушений развития (умственной отсталости с нарушением слуха; умственной отсталости с нарушением зрения; нарушений зрения и слуха). Согласно ее расчетам, распространенность сочетанных нарушений слуха с интеллектом должна быть примерно 1:10 000, нарушений зрения и интеллекта — 1:2000, двойного сенсорного дефекта - 1:30 000. По зарубежным данным, более 40% детей, которые имеют двигательные нарушения в сочетании с интеллектуальными, страдают и нарушениями зрения [15].

И, наоборот, не менее 50-60% детей со зрительными нарушениями имеют дополнительные дефекты развития. Примерно 5% детей с выраженными нарушениями зрения имеют нарушения слуха разной степени. 50% детей с ДЦП имеют зрительные дефекты. 30% детей с выраженными нарушениями слуха также можно отнести к группе детей с тяжелыми или множественными нарушениями. Здесь же авторы, ссылаясь на американских специалистов, предполагают, что в России должно быть не менее 5800 слепоглухих в возрасте от 0 до 21 года. При этом необходимо знать, что единственный в РФ детский дом для слепоглухих в г. Сергиевом Посаде рассчитан на 100 детей и 100 взрослых [15].

Н. Н. Малофеев приводит статистику, отражающую число специальных (коррекционных) образовательных учреждений (1866) и количество детей (210 842), обучающихся в данных учреждениях в России на начало 2008—2009 учебного года. Автор отмечает, что в современной системе специального образования имеют место образовательные организации индивидуального обучения на дому детей-инвалидов, число которых составляет - 2498 человек. Следует отметить, что о детях со сложными нарушениями развития статистические данные автором не приводятся, что

свидетельствует об отсутствии информации о распространенности данной категории детей в РФ [31].

Н. Н. Малофеев также отмечает, что в 2008-2009 учебном году 44,7 тысяч детей получили образовательные услуги на дому. Эти данные в свою очередь свидетельствуют о том, что большое количество детей с тяжелыми и множественными нарушениями не в состоянии обучаться в образовательных организациях и нуждаются в особом подходе к обучению и воспитанию в отношении их [31].

Ссылаясь на мнение многих специалистов в области специального образования, можно сделать вывод, что на сегодняшний день наблюдается устойчивая тенденция к увеличению количества детей с тяжелыми и множественными нарушениями развития во всех странах мира, в том числе и в России.

Следует отметить, что распространенность умственной отсталости среди глухих и слабослышащих, по данным В. Г. Петровой и И. В. Беляковой, составляет около 10%, а среди слабовидящих и слепых - около 20% [39].

В ряде случаев умственная отсталость (интеллектуальные нарушения) сочетается с нарушением опорно-двигательной системы, а также аутизмом. Анализ, проведенный в Санкт-Петербурге Ассоциацией родителей детей-инвалидов с нарушением опорно-двигательного аппарата, показал, что среди этих детей 30% имеют частичные отклонения в развитии интеллекта и 10% - грубые нарушения интеллекта.

Т. А. Басилова, Н. А. Александрова справедливо отмечают, что название «сложное нарушение развития» не дает представления о конкретной картине нарушений, а лишь обозначает данную проблему. Для коррекционно-педагогического воздействия на ребенка важно знание всех его особенностей состояния и развития [13].

Тяжелые и множественные нарушения развития можно классифицировать, как бисенсорные и множественные нарушения.

Первая классификация слепоглухих детей была сделана в 1940-е годы. А. В. Ярмоленко, в основу которой было положено время наступления патологии и наличие сочетания сенсорных нарушений с интеллектуальными.

В. Н. Чулков в зависимости от структуры нарушения делит детей с сочетанными нарушениями на три группы:

1. В первую группу автор включает детей с двумя выраженными психофизическими нарушениями, каждое из которых может вызвать аномалию развития. Это: слепоглухие, умственно отсталые глухие, слабослышащие с ЗПР (первичной). Например, сложное нарушение с одновременным опорно-двигательного аппарата поражением зрения, нарушением зрения и нарушением слуха (бисенсорное нарушение), слепотой и умственной отсталостью и пр.

2. Во вторую группу входят дети, имеющие одно существенное психофизическое нарушение (ведущее), а также сопутствующее ему другое нарушение, выраженное в наиболее слабой степени, но заметно отягощающее ход развития ребенка. Например, умственно отсталые дети с небольшим снижением слуха.

3. В третью группу детей с тяжелыми и множественными нарушениями, когда имеется три или более нарушений (первичных), выраженных в разной степени, приводящее к значительным отклонениям в развитии ребенка, входят умственно отсталые, незрячие и слабовидящие, глухие и слабослышащие, а также дети с нарушением опорно-двигательного аппарата [49].

В. И. Лубовский (1989) уделяет внимание тому, что дифференциация детей с сенсорными нарушениями зависит от времени возникновения сенсорного дефекта и его динамики на разных этапах онтогенеза [29].

Современный уровень науки и практики оказания педагогической помощи детям со сложными нарушениями выделяет следующие варианты сочетаний отклонений развития в общей структуре множественных нарушений.

Различные сочетания двигательных, сенсорных, речевых и эмоциональных нарушений, а также сочетание всех перечисленных нарушений с умственной отсталостью разной степени.

Возможно множество сочетаний различных по выраженности сенсорных и двигательных нарушений с разной по степени умственной отсталостью. За такими детьми необходимо постоянно вести врачебно-педагогическое наблюдение, так как их состояние может не только улучшаться, но и ухудшаться - могут появиться новые отклонения в состоянии их здоровья.

Описанные выше подходы к классификации сложных нарушений у детей показывают многообразие и нестабильность вариантов таких нарушений в детстве. Многообразие проявлений и их динамизм — главная особенность категории детей со сложными нарушениями развития.

Для анализа полной картины тяжелых множественных нарушения развития необходимо рассмотреть этиологию данных нарушений. К этиологии отклоняющегося развития относятся: биологические, социально-психологические, экологические и другие факторы, вызывающие первичное нарушение, а также опосредованные, которые в свою очередь ведут к возникновению дополнительных отклонений в состоянии здоровья. Все эти факторы взаимно влияют друг на друга. Можно говорить о том, что имеет место многофакторность возникновения нарушения, особенно когда речь идет о бисенсорных (сложный дефект) или множественных нарушениях, возникающих вследствие органического поражения ЦНС, при которых отмечаются нарушения интеллекта, речи, двигательной и сенсорной системы.

Причинами появления у детей сложных нарушений могут быть вирусные заболевания матери во время беременности (краснуха, цитомегаловирусная инфекция, грипп, и др.). Ряд зарубежных авторов в своих исследованиях пришли к заключению, что способности к обучению детей, перенесших конгенитальную (внутриутробную) краснуху, часто определяются временем заболевания плода [54].

Наибольший риск множественного поражения плода возникает при заболевании матери краснухой на ранних сроках беременности. Треть детей, перенесших краснуху внутриутробно, рождаются со сложными врожденными нарушениями развития. Примерно 87% пораженных детей имеют нарушения слуха, 46% - врожденный порок сердца, 34% - врожденные нарушения зрения и 39% - трудности в обучении. У части детей все эти пороки развития встречаются одновременно в виде врожденной катаракты обоих глаз, глухоты и врожденного порока сердца.

Специалисты называют это сочетание «триада Грегга» - по имени голландского врача, впервые установившего связь между заболеванием краснухой беременной женщины и тяжелыми пороками развития (соматические заболевания, катаракта, прогрессирующее нарушение слуха, заболевания сахарным диабетом, ДЦП и др.) ее будущего ребенка.

Возможными причинами появления детей с множественными врожденными пороками развития остаются заболевания родителей диабетом, токсоплазмозом, сифилисом и многими другими болезнями. В ряде случаев имеет место применение сильнодействующих лекарств на раннем периоде развития, которые могут отрицательно влиять на слух и зрение ребенка [13].

Во время беременности и в период кормления грудью к возникновению сложных нарушений у детей могут привести хронические заболевания матери (диабет, гипертония, сердечно-сосудистые заболевания, злоупотребление алкоголем, гепатит, курение, употребление наркотиков, бронхиальная астма, эмфизема и другие заболевания, ведущие к гипоксии плода; приемы некоторых лекарственных препаратов, профессиональные интоксикации), нарушающие развитие плода.

Еще в 80-х гг. прошлого столетия исследованиями Е. М. Мастюковой показано, что алкоголь обладает выраженным и прямым тератогенным действием, избирательно повреждая нервные клетки у формирующегося мозга и зрительного нерва. Критические периоды раннего эмбрионального развития органа зрения и мозга совпадают. Критическими для мозга считают

периоды 2-11-й недели, а для глаза 3-7-й недели внутриутробного развития. Если воздействие алкоголя имеет место в первом триместре беременности, особенно на 5-6-й неделе после зачатия, то это, как правило, приводит к гибели нервных клеток в наиболее интенсивно формирующихся отделах мозга. В результате возникает сложное нарушение развития - сочетание нарушений зрения и интеллекта. Структура сложного нарушения (зрения и интеллекта) при алкогольном синдроме плода достаточно специфична не только за счет фенотипических особенностей и наличия других аномалий развития, характерных для данного синдрома, но и за счет своеобразных психопатологических нарушений. Наряду с интеллектуальными нарушениями для данной категории детей характерен речевой дефект, нередко нарушение слуха, обуславливающее крайне низкий уровень развития словесно-логического мышления. Кроме того, выраженные нарушения функции внимания, памяти, регуляции деятельности, эмоционально-поведенческие и личностные расстройства усложняют структуру нарушения и затрудняют процесс обучения и воспитания этих детей [33].

Причинами врожденных нарушений зрения и слуха, нарушений зрения и умственной отсталости может стать заболевание матери токсоплазмозом, сифилисом и пр. кроме нарушений нервной системы выделяются специфические признаки внутриутробного токсоплазмоза - недоразвитие глаз (микрофтальмия), атрофия зрительных нервов, катаракта, воспаление сосудистой оболочки глаз. Все эти нарушения приводят к полной слепоте. Кроме нарушений зрения, у детей также часто выявляют глухоту или снижение слуха, нарушение процессов окостенения, эндокринные расстройства.

В последние годы отмечается рост числа детей с врожденными нарушениями зрения и слуха, появившихся на свет глубоко недоношенными и спасенными благодаря достижениям современной медицины. Впоследствии у них обнаруживаются нарушения или недоразвитие

зрительных функций (врожденная глаукома, врожденная катаракта, атрофия зрительного нерва, ретинопатия). Ретинопатия (поражение сетчатки) развивается у глубоко недоношенных детей при неадекватном кислородном и световом режиме во время искусственного вынашивания в кюветах. При использовании кислорода в концентрациях, превышающих атмосферный уровень, возникает повышенное напряжение кислорода в артериальной крови ребенка, которое может привести к спазму и последующему тяжелому поражению незрелой сетчатки глаза новорожденного. Как следствие глубокой недоношенности у таких детей может наблюдаться и нарушение слуха.

Сложные нарушения в развитии могут быть вызваны одной или несколькими причинами, разными или одинаковыми по происхождению. Все их можно представить несколькими вариантами: одно нарушение имеет генетическое, а второе - экзогенное происхождение (например, ребенок наследует миопию по линии матери, а нарушение ОДА приобрел в результате родовой травмы) [26].

К экзогенным факторам относятся повреждения плода вирусом краснухи в первые три недели беременности, при этом наблюдаются врожденные поражения зрения (врожденная катаракта), слуха (глухота), пороки сердца и часто интеллекта. К экзогенным факторам также относятся: несовместимость крови матери и плода по резус-фактору, внутриутробные поражения плода на ранних этапах эмбриогенеза, обусловленные токсоплазмозом, гепатитом, гриппом и др. вирусами [38].

Оба нарушения обусловлены разными генетическими факторами, действующими независимо друг от друга (нарушение слуха наследуется по линии матери, а нарушение зрения - по линии отца); каждое нарушение обусловлено разными экзогенными факторами, действующими независимо; оба нарушения представляют собой проявления одного и того же наследственного синдрома; оба нарушения возникли в результате действия одного и того же экзогенного фактора.

С течением времени изменяются причины сложных сенсорных нарушений. Так, например, Т. А. Басилова, Н. А. Александрова приводят статистику 60-х годов XX столетия, где самой частой причиной потери слуха и зрения (для слепоглухих) были мозговые инфекции (менингит и менингоэнцефалит), перенесенные в разном возрасте, они составили 36%. В 25% случаев причина оставалась неясной. Затем на первое место среди установленных причин сложных нарушений у детей вышли внутриутробные инфекции: прежде всего краснуха, токсоплазмоз и др., а перенесенные в детстве мозговые инфекции стали редкостью. Авторы отмечают, что в настоящее время у обследованных ими детей раннего возраста, как правило, имеет место сочетание нескольких патологических факторов, оказывающих влияние на формирование множественных поражений: это патология беременности и родов, недоношенность, перенесенные внутриутробно или после рождения инфекции, в том числе менингиты и менинго-энцефалиты, отягощенная наследственность. Большая часть детей со сложными сенсорными нарушениями - это дети, родившиеся глубоко недоношенными [13].

Во многих случаях не удастся выяснить причину преждевременных родов. Можно предположить, что значительное количество случаев обусловлено скрытыми вирусными инфекциями и генетической патологией. По последним данным, как отмечают Басилова Т. А., Александрова Н. А. примерно 35% детей, появившихся на свет глубоко недоношенными и с очень малым весом, могут отставать в умственном развитии. От 12 до 15% недоношенных детей могут иметь ДЦП. Примерно у 3-10% недоношенных детей обнаруживаются аномалии развития глаз, приводящие к глубоким нарушениям зрения и даже слепоте. Как следствие глубокой недоношенности у таких детей приблизительно в 1-5% случаев могут наблюдаться и нарушения слуха. Т. А. Басилова и Н. А. Александрова (там же) констатируют, что за последние 10 лет, по данным исследований, количество

детей с депривацией зрения со сложной структурой нарушения увеличилось в раннем возрасте, чему способствовали успехи медицины [13].

К неясным по природе причинам множественных, в том числе и сенсорных, нарушений относят малоизвестный в нашей стране генетический синдром - CHARGE. Это название сложилось из сочетания первых латинских букв шести слов, обозначающих поражения разных органов у ребенка, включающее в себя описание поражения органа нарушения сердечной деятельности, зрения, отставание в росте и массе тела ребенка, недоразвитие половых органов, обычно легко устанавливаемое у мальчиков при внешнем осмотре и неочевидное у девочек, атрезия (сужение или частичное заращение), хоан (носовых отверстий, по которым воздух попадает из носа в носоглотку), из-за которой ребенок испытывает трудности при глотании, сосании и дыхании. Именно это врожденное нарушение влияет на необычный внешний вид ребенка с этим синдромом и служит наиболее явным его признаком.

1.3. Структура и содержание адаптированной основной общеобразовательной программы для обучающихся с тяжелыми и множественными нарушениями развития

В статье 28 закона «Об образовании в РФ» от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ обозначены компетенция, права, обязанности и ответственность образовательной организации:

2. Образовательные организации свободны в определении содержания образования, выборе учебно-методического обеспечения, образовательных технологий по реализуемым ими образовательным программам.

3. К компетенции образовательной организации в установленной сфере деятельности относятся: п. 6. разработка и утверждение образовательных

программ общеобразовательной организации» [4].

Также в статье 12 закона «Об образовании в РФ» от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ обозначены требования к образовательным программам:

Пункт 1. Образовательные программы определяют содержание образования.

Содержание образования должно:

- содействовать взаимопониманию и сотрудничеству между людьми, народами независимо от расовой, национальной, этнической, религиозной и социальной принадлежности,
- учитывать разнообразие мировоззренческих подходов,
- способствовать реализации права обучающихся на свободный выбор мнений и убеждений,
- обеспечивать развитие способностей каждого человека, формирование и развитие его личности в соответствии с принятыми в семье и обществе духовно-нравственными и социокультурными ценностями.

Пункт 5. Образовательные программы самостоятельно разрабатываются и утверждаются организацией, осуществляющей образовательную деятельность, если настоящим Федеральным законом не установлено иное.

Пункт 7. Организации, осуществляющие образовательную деятельность по имеющим государственную аккредитацию образовательным программам, разрабатывают образовательные программы в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и с учетом соответствующих примерных основных образовательных программ

Пункт 9. Примерные основные образовательные программы разрабатываются с учетом их индивидуального уровня и направленности на основе федеральных государственных образовательных стандартов [4].

Образовательная программа – комплекс основных характеристик образования (объем, содержание, планируемые результаты), организационно-

педагогических условий и форм аттестации, который представлен в виде учебного плана, календарного учебного графика, рабочих программ учебных предметов, курсов, дисциплин (модулей), иных компонентов, а также оценочных и методических материалов [4].

Таким образом, можно сделать вывод, что образовательная программа – это:

- комплекс основных характеристик образования
- комплекс организационно-педагогических условий
- комплекс форм аттестации.

Основная образовательная программа - обязательный документ образовательного учреждения, отражающий особенности организации образовательного процесса и обоснование выбора педагогическим коллективом содержания образования и технологий его реализации в направлении достижения планируемых результатов.

Основная общеобразовательная программа определяет:

- планируемые результаты освоения ООП с учетом уровня образования
- содержание образовательной деятельности
- организацию образовательной деятельности с учетом специфики образовательной организации.

Адаптированная образовательная программа – образовательная программа, адаптированная для обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья с учетом особенностей их психофизического развития, индивидуальных возможностей и при необходимости обеспечивающая коррекцию нарушений развития и социальную адаптацию указанных лиц [4].

Адаптация основной общеобразовательной программы осуществляется с учетом рекомендаций психолого-медико-педагогической комиссии, индивидуальной программы реабилитации инвалида и включает следующие направления деятельности:

анализ и подбор содержания;

изменение структуры и временных рамок;
использование разных форм, методов и приемов организации учебной деятельности.

Адаптированная основная общеобразовательная программа разрабатывается самостоятельно образовательной организацией с учетом федеральных государственных образовательных стандартов общего образования по уровням образования и (или) федеральных государственных образовательных стандартов образования детей с ОВЗ на основании основной общеобразовательной программы и в соответствии с особыми образовательными потребностями лиц с ОВЗ.

С 1 сентября 2016 года во всех образовательных организациях реализация Федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья стала обязательной. Разработка адаптированной основной общеобразовательной программы является основой реализации данного Стандарта в образовательных организациях.

Стандарт включает в себя требования к:

- 1) структуре АООП НОО (в том числе к соотношению обязательной части основной общеобразовательной программы и части, формируемой участниками образовательных отношений) и их объему;
- 2) условиям реализации АООП НОО, в том числе кадровым, финансовым, материально-техническим и иным условиям;
- 3) результатам освоения АООП НОО [11].

В основу Стандарта для обучающихся с ОВЗ положены деятельностный и дифференцированный подходы.

На основании ФГОС обучающихся с ОВЗ образовательная организация в соответствии со спецификой образовательной деятельности разрабатывает одну или несколько вариантов АООП НОО с учетом образовательных потребностей обучающихся.

Таким образом, для каждой категории обучающихся образовательная организация разрабатывает АООП. Например, если в образовательной организации обучаются глухие дети, которые не достигают к моменту поступления в образовательную организацию уровня развития (в том числе и речевого), близкого возрастной норме, а так же глухие обучающиеся с легкой умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями), и обучающиеся имеющие помимо глухоты другие тяжелые множественные нарушения развития то образовательная организация соответственно разрабатывает три варианта АООП НОО в соответствии с требованиями ФГОС к вариантам 1.2., 1.3. и 1.4.

При разработке АООП по варианту 1.4. необходимо знать, что стандарт четко регламентирует структуру программы.

АООП НОО должна содержать три раздела: целевой, содержательный и организационный.

Целевой раздел включает:

пояснительную записку;

планируемые результаты освоения обучающимися с ОВЗ АООП НОО;

систему оценки достижения планируемых результатов освоения АООП НОО.

Содержательный раздел определяет общее содержание НОО обучающихся с ОВЗ и включает следующие программы:

программу формирования базовых учебных действий;

программы отдельных учебных предметов, курсов коррекционно-развивающей области и курсов внеурочной деятельности;

программу нравственного развития, воспитания обучающихся с ОВЗ;

программу формирования экологической культуры, здорового и безопасного образа жизни;

программу коррекционной работы;

программу внеурочной деятельности.

Организационный раздел включает:

учебный план НОО, включающий предметные и коррекционно-развивающую области, направления внеурочной деятельности;

систему специальных условий реализации АООП НОО в соответствии с требованиями Стандарта [11].

Для глухих обучающихся с умеренной, тяжелой, глубокой умственной отсталостью и с ТМНР (вариант 1.4.) показан *индивидуальный уровень итогового результата начального общего образования*. Особые образовательные потребности глухих обучающихся с умеренной, тяжелой, глубокой умственной отсталостью, с ТМНР диктуют необходимость разработки и реализации специальной индивидуальной программы развития (СИПР) для их обучения и воспитания. СИПР разрабатывается на период времени от полугода до года. В разработке СИПР участвуют все специалисты, работающие с обучающимся.

АООП НОО (вариант 1.4.) (СИПР) включает в себя обязательную часть и часть, формируемую участниками образовательных отношений.

Обязательная часть СИПР составляет 60%, а часть, формируемая участниками образовательного процесса, - 40% от общего объема.

В отдельных случаях соотношение объема обязательной части СИПР и части, формируемой участниками образовательного процесса, определяется индивидуальными образовательными возможностями обучающегося (Федеральный государственный образовательный стандарт начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья).

Таким образом, при реализации варианта 1.4. данный процент может варьироваться как в большую сторону, так и в меньшую.

Так же при разработке АООП (вариант 1.4.) стоит учесть, что в варианте 1.4. требования к результатам освоения АООП являются *возможными*, а не обязательными в отличие от вариантов 1.1.-1.3. Это обуславливается сложной структурой дефекта каждого обучающегося по данному варианту АООП.

Стоит отметить, что сформированность базовых учебных действий определяется не по завершению начального образования, а по *завершению всего курса обучения* с учетом индивидуально-личностных особенностей каждого обучающегося.

Предметом итоговой оценки освоения глухими обучающимися АООП НОО является достижение предметных и результатов освоения программы коррекционной работы [11].

Можно сделать вывод, что разработка АООП НОО по варианту 1.4. невозможна без качественного обследования группы глухих обучающихся с умеренной, тяжелой, глубокой умственной отсталостью и с ТМНР.

ГЛАВА 2. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБУЧАЮЩИХСЯ С ТЯЖЕЛЫМИ И МНОЖЕСТВЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ

2.1. Характеристика базы исследования

Базой опытно-экспериментальной работы стало Государственное казенное образовательное учреждение Свердловской области «Екатеринбургская школа-интернат № 11, реализующая адаптированные основные общеобразовательные программы».

Директором «Екатеринбургской школы-интернат № 11» является Зайцева Ольга Альбертовна.

Управление деятельностью образовательной организации осуществляется на основе оптимального сочетания принципа единоначалия с демократической структурой распределения полномочий.

Образовательной организацией руководит директор, осуществляющий полномочия руководителя ОУ на основании договора, заключенного с ним МОПО СО. Директор действует на основе принципа единоначалия.

В рамках самоуправления в образовательной организации работает Совет Учреждения, в состав которого входят:

- директор;
- представители работников школы;
- представители ученического коллектива;
- представители родительской общественности.

Форма самоуправления школой определена Уставом ГКОУ СО «Екатеринбургская школа-интернат № 11».

Структура управления состоит из трех уровней в соответствии с принципами иерархии, механизмами связи и отношениями взаимодействия между управленческими компонентами.

Органами самоуправления в ГКОУ СО «Екатеринбургская школа-интернат № 11» являются:

общее собрание работников школы;

Педагогический совет;

Попечительский совет;

Совет Учреждения;

Родительский комитет школы.

Порядок выборов органов самоуправления образовательного учреждения и их компетенция определяются локальными правовыми актами и уставом.

В настоящее время в Екатеринбургской школе-интернате № 11, реализующей адаптированные основные общеобразовательные программы обучаются глухие обучающиеся, слабослышащие обучающиеся, обучающиеся с тяжелыми нарушениями речи, а так же обучающиеся с тяжелыми и множественными нарушениями развития. На момент 2016-2017 года в образовательной организации обучается 125 обучающихся, из них 67 обучающихся получают начальное общее образование.

В образовательной организации ведется целенаправленная работа по организации взаимодействия педагога-психолога, социального педагога, заместителя директора по УВР (ВР), администрации, классных руководителей, организации методического сопровождения воспитательной работы.

В кадровой политике обеспечены условия для повышения квалификации педагогических работников, в том числе молодых специалистов. Педагоги образовательной организации достойно участвуют в профессиональных конкурсах, представляли свой опыт на мероприятиях различного уровня и в сетевых сообществах. Педагогов, не прошедших

курсы повышения квалификации за предыдущие 5 лет, нет.

Также регулярно проводятся мероприятия (производственные совещания) по объединению усилий всех структур образовательной организации в вопросах создания условий для сохранения здоровья обучающихся. Большая работа проведена по повышению безопасности деятельности образовательной организации: установлено ограждение, установлены видеокамеры по периметру и внутри образовательной организации, функционирует система противопожарной безопасности, в системе проводятся учебные эвакуации.

В образовательной организации организовано 5-ти разовое питание для обучающихся с ночным пребыванием; 2-х разовое для проходящих. Осуществляется контроль за качеством питания. Прошла процедура лицензирования медицинского кабинета. Медицинский кабинет полностью укомплектован штатом. Проводится диспансеризация обучающихся. Развита сеть кружков и секции различных направлений, в т.ч. спортивных (лыжи, легкая атлетика, спортивное ориентирование, теннис). Регулярно проводятся внеклассные мероприятия по привитию навыков здорового образа жизни: дни здоровья, спартакиада, сдача норм ГТО.

Наблюдается рост методической активности педагогов:

- активное включение и участие педагогов образовательной организации в профессиональных конкурсах, в семинарах, круглых столах и конференциях различного уровня. Выросло стремление педагогов к творчеству.
- большое количество мероприятий различного уровня (научно-практические семинары, форумы, мастер-классы и т.п.), проводимых на базе образовательной организации. Подобного рода мероприятия поднимают статус образовательной организации.
- сохраняются традиции ранее используемых эффективных средств повышения профессионального мастерства педагогов, а также развиваются новые - дистанционные, (дистанционные семинары, вебинары, курсы

повышения квалификации и т.п.). В 2014-2015 уч.году прошли курсы повышения квалификации в различных формах 75 % педагогических работников.

- вовлечение обучающихся в проектно-исследовательскую деятельность, что способствует расширению кругозора детей с ОВЗ, развитию коммуникативных навыков, активному участию в школьной жизни.

- вырос уровень результативности участия учащихся образовательной организации в предметных олимпиадах, конкурсах различного уровня.

- положительный опыт деятельности педагогов школы-интерната, администрации отражен в печатных статьях, методических разработках, которые публикуются в сборниках статей, а также размещаются на порталах педагогических работников в сети Интернет. Учителями созданы печатные пособия к урокам биологии и географии для учащихся со слуховой депривацией, сборник заданий по математике «Реальная математика» для учащихся 10 классов с ОВЗ.

- имеется положительная динамика в аттестационных процессах учителей. Увеличилась доля учителей с ВКК с 17% до 19%

- наблюдается положительная динамика использования в практике работы ИКТ технологий. Благодаря прохождению курсов повышения квалификации и внутришкольной системе методической поддержки внедрения ИКТ педагоги образовательной организации освоили работу с ПК и интерактивной системой и активно применяют информационные технологии на уроках, во внеклассных занятиях.

- школа является базовой площадкой по профориентационной работе и профессиональному самоопределению обучающихся со слуховой депривацией. Заключены договора о сетевом партнерстве с ГБОУ СПО СО «Екатеринбургский промышленно-технологический техникум им. Курочкина», ГКУ «Екатеринбургский центр занятости», проводятся мастер-классы «Введение в специальность», профессиональные олимпиады,

элективные курсы для обучающихся с нарушенным слухом с 8 класса.

2.2. Критерии и методы психолго-педагогической характеристики обучающихся с тяжёлыми и множественными нарушениями развития и процесс получения данных

На сегодняшний день доля обучающихся с тяжёлыми и множественными нарушениями неизменно увеличивается в образовательных организациях. К сожалению российская практика работы с данной категорией обучающихся не велика, поэтому на данном этапе исходя необходимо выявить качественные формы работы каждого специалиста образовательной организации, в которой получают образование обучающиеся с ТМНР [37].

Работу с обучающимися с ТМНР можно разделить на несколько этапов:

1. Подготовительный
2. Диагностический
3. Коррекционно-развивающая работа

Подготовительный

На данном этапе происходит знакомство с обучающимся. Специалисты образовательной организации знакомятся с заключением ПМПК. В ходе работы ПМПК, с согласия родителей с обучающимся проводят диагностику специалисты: дефектолог, логопед, психиатр, врач. На данном этапе можно определить какой контингент обучающихся и с какими особенностями в развитии поступят в образовательную организацию.

В ходе подготовительного этапа важно обратить внимание и на работу с родителями (законными представителями) и обучающимся, а также со специалистами, которые будут работать с обучающимся. В ходе подготовительного этапа необходимо предварительно ознакомить родителей

и обучающегося с педагогами. Специалисты в свою очередь проанализировав особенности развития ребёнка смогут более точно подготовить рабочие программы, а также планы занятий исходя из особенностей обучающихся, что позволит более продуктивно начать процесс обучения, так как и у специалистов будет время спланировать работу с обучающимися.

Диагностический.

Диагностический этап является полноценной психолого-педагогической диагностикой обучающихся. Диагностика является запланированным мероприятием, которое проводится в начале и в конце учебного года. Данный вид диагностических исследований проходит с согласия родителей (законных представителей) обучающегося. В начале года диагностику проводят учитель, воспитатель и педагог-психолог [25].

Психолого-педагогическая характеристика обучающихся с ТМНР имеет определенную структуру в которую входят данные о:

- диагнозе обучающегося. Диагноз включает подробное описание клинической картины, которая может повлиять на восприятие учебного материала;
- анализ учебной деятельности, в том числе показатели успеваемости обучающегося, уровень сформированности словарного запаса, речевые показатели, знание жестовой речи, понимание обучающимся обращенной речи (чтение по губам), сформированность речевых умений. Эта диагностика применяется в отношении всех обучающихся, не зависимо от диагноза. Так как для обучающихся с ТМНР характерно самоповреждающее поведение, значительное нарушение коммуникации. Данная диагностика поможет правильно подобрать наглядно-дидактические пособия, составить расписание дня, урока, а так же подготовить средства дополнительной коммуникации. Также указываются показатели высоты, темпа и тембра речи. Наличие или отсутствие голосоподачи на определенные звуки и уровень самостоятельности при данном упражнении, уровень владения словесным ударением и правилами орфоэпии, уровень сформированности чтения.

Качество сформированности счетных и письменных навыков. Уровень сформированности ручных умений. Также оценивается степень аккуратности в учебной деятельности. Описывается ведущий вид деятельности (игровая, учебная и т.д.), а также уровень коммуникативных навыков.

- развитии психических познавательных процессов. Таких, как внимание, память, мышление, воображение.

- эмоционально-волевым развитии. Что включает в себя оценку эмоциональной устойчивости личности, темперамент, подробная характеристика настроения и поведения. Оценивается уровень сосредоточенности на учебной и внеучебной деятельности, уровень работоспособности, степень утомляемости, умение и качество фронтальной и индивидуальной работы, а так же уровень самостоятельности при данных действиях, адекватность поведения в той или иной ситуации [22].

Далее необходимо провести беседу с родителями. В данной беседе необходимо подробно узнать об особенностях их детей. При первой же беседе необходимо обсудить вопрос хронических заболеваний, специфику поведения ребёнка дома, на улице, в общественных местах, в гостях, любимые игрушки, мультфильмы ребёнка, любимые песни, движения, любимый вид деятельности. Это всё будет необходимо для дальнейшей работы.

Коррекционно-развивающая работа

Для обучающихся с ТМНР необходимо создать все условия для их успешной адаптации и социализации. На данном этапе можно выделить несколько подэтапов, которые необходимо соблюдать для успешной адаптации обучающихся, а так же для успешной и качественной коррекционной работы.

Так как обучающиеся приходя в образовательную организацию с трудом воспринимают окружающее пространство и у них затруднена адаптация, то в таком случае необходимо максимально визуализировать все

этапы и процессы обучения. В данный этап входит составление индивидуального расписания уроков для каждого обучающегося.

Также необходимо визуализировать структуру урока. Чтобы обучающийся знал, сколько заданий ему необходимо сделать. Данное расписание урока располагается на парте обучающегося. Карточки для расписания могут быть разных видов: фотографии, картинки или часть предмета.

Далее необходимо использовать элементы игры, особенно это важно в 1 классе. Для данной категории обучающихся необходимо разработать комплекс заданий, которые они выполняют в начале урока или в конце. Не стоит слишком часто и резко менять задания.

Изначально обучающимся трудно воспринимать звонок, а кому-то и необходим отдых во время занятия, для этого необходимо использовать таймеры. В роли таймера могут быть песочные часы или визуальный таймер с обратным отсчётом. Необходимо чётко обозначить с помощью таймера начало и окончание занятия или время отдыха.

Также стоит ежедневно наблюдать за состоянием и реакцией обучающегося на то или иное действие. Учителю необходимо понаблюдать за ребёнком на других занятиях, и совместно с другими специалистами найти подход и выбрать правильные методы обучения.

2.3. Характеристика глухих обучающихся с тяжелыми и множественными нарушениями развития

Глухие обучающиеся с умеренной, тяжелой и глубокой умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями), а так же тяжелыми множественными нарушениями развития разнотипна по количеству, характеру, выраженности различных первичных и последующих нарушений

развития. По своим психофизическим особенностям данная категория обучающихся страдает тяжелыми нарушениями интеллекта, поведения, деятельности и личности. Темп их развития чрезвычайно замедлен. Без специального обучения с самого младшего возраста это развитие протекает с глубокими отклонениями. Вид обучения данных обучающихся осуществляется в большей мере в тех видах деятельности, которые характерны для детей дошкольного возраста. Тяжелые органические нарушения, которые чаще всего являются причиной множественных нарушений, обуславливающих выраженные нарушения интеллекта, поведения, движения, сенсорных функций, коммуникации, препятствуют качественному развитию самостоятельной жизнедеятельности ребенка в семье и обществе.

Уровень психического и физиологического развития обучающихся с данной патологией зависит от ряда факторов: патогенеза нарушений, этиологии, времени возникновения и сроков выявления отклонений, характера и степени выраженности каждого из первичных отклонений, специфики их сочетания в сложной структуре, а также от сроков и качества коррекционной помощи. Для большинства глухих обучающихся данной категории характерна умеренная и тяжелая умственная отсталость, которая может сочетаться с другими двигательными, сенсорными, эмоциональными нарушениями, соматическими и другими расстройствами, в основном это обучающиеся с тяжелыми и множественными нарушениями развития.

Для данной категории обучающихся характерен очень низкий уровень развития, что как следствие приводит к отставанию в развитии от нормативно развивающихся глухих сверстников. Основным проявлением ТМНР является нарушение познавательного развития. У обучающихся данной категории не формируются представления и понятия, для их мышления характерна инертность, ригидность, чрезмерная конкретность, данные обучающиеся не устанавливают логические связи. Достижение поставленных задач осуществляется не путем изолированных упражнений, а

в различных видах содержательной деятельности (игра, конструирование, продуктивная деятельность, ручной труд и др.). Каждая коррекционная задача по возможности включается в различные виды деятельности. Таким способом предусматривается обеспечение максимально возможной динамичности, гибкости, взаимосвязи получаемых обучающимися знаний, умений и навыков.

Для данной категории обучающихся характерна социальная незрелость, которая может проявляться в отсутствии представлений о нормах поведения, ограниченности контактов. Для коммуникативного развития обучающихся с нарушенным слухом и умственной отсталостью характерна низкая заинтересованность в общении с обучающимися и взрослыми, ограниченность невербальных и вербальных средств коммуникации.

Выраженные коммуникативные трудности у обучающихся данной группы зачастую не позволяют выявить степень и тяжесть нарушений интеллектуального развития, для этого требуется длительный период диагностического обучения [36].

В классе, в котором проводился эксперимент основным нарушением у всех обучающихся является тяжелое и множественное нарушение развития. Собственно, «тяжелое и множественное нарушение развития» отражает сочетание двух первичных нарушений, каждое из которых является ведущим, так как обуславливает структуру нарушения, вызывая ряд взаимосвязанных вторичных и третичных отклонений. Тяжелое и множественное нарушение развития – совокупность различных психических и физических отклонений в развитии, возникших, как правило, вследствие органического поражения центральной нервной системы. Тяжесть характеризуется высокой степенью выраженности нарушений (в первую очередь интеллекта). Множественность определяется сложным характером нарушения, при котором страдают: интеллект, речь и коммуникация, общая и мелкая моторика, сенсорная и эмоциональная сферы человека.

Контингент класса представлен обучающимися с нарушением слуха и зрения, интеллектуальными нарушениями (умеренная и другая умственная отсталость), нарушениями опорно-двигательного аппарата, а так же сопутствующей патологией. Более подробно клиническая картина и характеристика обучающихся описана ниже.

Характеристика на обучающегося 1 дополнительного класса Артура

Диагноз: Нейросенсорная тугоухость IV степени, РЦОН, энурез, сколиоз, задержка психоречевого развития, F 71.89 Умственная отсталость умеренная с другими нарушениями поведения, обусловленная неуточненными причинами.

Успеваемость: 1. Успевает на «хорошо» по изобразительному искусству.

2. Успевает на «удовлетворительно» по остальным предметам.

У Артура УРР IV группы резко ограниченный. Словарный запас отсутствует. Речь не сформирована. Общается на основе естественных жестов. Обращенную речь не понимает. Навыком чтения с губ не владеет. Речи нет, непонятны даже отдельные слова. Голос по высоте ближе к норме. Темп очень замедленный, слитности нет, практически не употребляет слоги. Голосопадача на звуки а, о, у, и, м, с, п, ф с максимально развернутой помощью педагога. Словесным ударением и правилами орфоэпии не владеет. Не читает. Соотносит количество счетного материала с числом в пределах 5. Пишет в соответствии с программой. Ручные умения не сформированы. Аккуратность в учебной деятельности недостаточно высокая (требуется напоминания). Преобладает игровая деятельность. Коммуникабельность не высокая.

Развитие психических познавательных процессов.

Внимание: непроизвольное, неустойчивое, концентрируется и переключается с помощью учителя, переключаемость низкая, объем внимания снижен.

Память: кратковременная, произвольная, объем запоминания значительно снижен. Слухо-речевая и зрительная память не сформированы. Продуктивность запоминания вербальной и невербальной информации низкая.

Мышление: наглядно-действенное, по типу совместных действий, а также по принципу рука в руке. Мыслительные операции: анализа, синтеза, сравнения, обобщения и классификации развиты слабо.

Воображение: работает только по образцу.

Эмоционально-волевое развитие.

Эмоционально неустойчив. Холерик. С начала учебного года наблюдаются спонтанные контрастные колебания настроения от агрессии, до плаксивости. Систематически спонтанно начинается агрессия по отношению к учителю и одноклассникам, может замахиваться, щипать, ударить, кричать, ложиться на пол, плакать, убегать из класса. Так же наблюдается сонливость. Жалуется на боли в голове. Артур часто не может сосредоточиться на классной работе, отвлекается сам и отвлекает одноклассников. Работоспособность низкая. Утомляется к середине урока. Фронтально не работает, только индивидуально, по типу совместных действий. В обучении требует индивидуальной максимально развернутой помощи учителя. Поведение неадекватно ситуации.

Характеристика на обучающегося 1 дополнительного класса Хасана

Диагноз: Двусторонняя хроническая сенсоневральная глухота правого уха - IV группы, левого уха – I группы; органическое поражение ЦНС; синдром ДЦП смешанная форма; гидроцефалия; сложный гиперметропический астигматизм сходящее неаккомодиционное косоглазие, F 06.77 Легкое когнитивное расстройство в связи с другими заболеваниями, F71.09 Умственная отсталость умеренная с указанием на отсутствие или слабую выраженность нарушения поведения, обусловленная неуточненными причинами.

Успеваемость: 1. Успевают на «хорошо» по изобразительному искусству.

2. Успевают на «удовлетворительно» по остальным предметам.

У Хасана словарный запас отсутствует. Речь не сформирована. Общается на основе естественных жестов. Обращенную речь не понимает. Навыком чтения с губ не владеет. Речи нет. Голос по силе нормальный. По высоте ближе к норме. Темп очень замедленный, слитности нет, практически не употребляет слоги. Голосопадача на звуки а, о, у, и, м, с, п, в помощью педагога. Словесным ударением и правилами орфоэпии не владеет. Чтение побуквенное неосознанное. Считает в пределах 5 с ошибками. Пишет в соответствии с программой. Ручные умения на стадии формирования. Аккуратность в учебной деятельности низкая (небрежен). Преобладает игровая деятельность. Коммуникабельность не высокая.

Развитие психических познавательных процессов.

Внимание: непроизвольное, неустойчивое, концентрируется и переключается с помощью учителя, переключаемость низкая, объем внимания снижен.

Память: кратковременная, непроизвольная, объем запоминания значительно снижен. Слухо-речевая и зрительная память не сформированы. Продуктивность запоминания вербальной и невербальной информации низкая.

Мышление: наглядно-действенное, по типу совместных действий, а так же по принципу рука в руке. Мыслительные операции: анализа, синтеза, сравнения, обобщения и классификации развиты слабо.

Воображение: работает только по образцу.

Эмоционально-волевое развитие.

Эмоционально устойчив. Сангвиник. Работоспособность низкая. Утомляется к середине урока. Фронтально не работает, только индивидуально, по типу совместных действий. В обучении требует

индивидуальной помощи учителя. Поведение адекватно ситуации. Низкая стрессоустойчивость.

Характеристика на обучающегося 1 дополнительного класса Данила

Диагноз: Двусторонняя хроническая сенсоневральная глухота IV группы, синдром ДЦП смешанная форма; органическое поражение ЦНС; спастический тетрапарез, катаракта правого глаза, глаукома левого глаза, F71.09 Умственная отсталость умеренная с указанием на отсутствие или слабую выраженность нарушения поведения, обусловленная неуточненными причинами.

Успеваемость: 1. Успевает на «хорошо» по изобразительному искусству.

2. Успевает на «удовлетворительно» по остальным предметам.

У Данила УРР IV группы резко ограниченный. Словарный запас отсутствует. Речь не сформирована. Общается на основе естественных жестов. Обращенную речь не понимает. Навыком чтения с губ не владеет. Речи нет. Голос по силе слабый, иссекающийся. По высоте ближе к норме. Темп очень замедленный, слитности нет, практически не употребляет слоги. Голосопадача на звуки а, о, у, и, м, с, п с максимально развернутой помощью педагога. Словесным ударением и правилами орфоэпии не владеет. Не читает. Соотносит количество счетного материала с числом в пределах 5 с ошибками. Письмо зеркальное, не соблюдает строку. Ручные умения не сформированы. Аккуратность в учебной деятельности низкая (небрежен). Преобладает игровая деятельность. Коммуникабельность не высокая.

Развитие психических познавательных процессов.

Внимание: непроизвольное, неустойчивое, концентрируется и переключается с помощью учителя, переключаемость низкая, объем внимания снижен.

Память: кратковременная, непроизвольная, объем запоминания значительно снижен. Слухо-речевая и зрительная память не сформированы.

Продуктивность запоминания вербальной и невербальной информации низкая.

Мышление: наглядно-действенное, по типу совместных действий, а также по принципу рука в руке. Мыслительные операции: анализа, синтеза, сравнения, обобщения и классификации развиты слабо.

Воображение: работает только по образцу.

Эмоционально-волевое развитие.

Эмоционально неустойчив. Меланхолик. Работоспособность низкая. Утомляется к середине урока. Фронтально не работает, только индивидуально, по типу совместных действий. В обучении требует индивидуальной максимально развернутой помощи учителя. Поведение адекватно ситуации. Низкая стрессоустойчивость.

Характеристика на обучающуюся I дополнительного класса Веронику

Диагноз: Двусторонняя сенсоневральная глухота IV группы, синдром ДЦП смешанная форма, РЦОН, сколиоз, вторичная микроцефалия, F78.89 Другие формы умственной отсталости с другими нарушениями поведения, обусловленные неуточненными причинами.

Успеваемость. Успевает на «удовлетворительно» по всем предметам.

У Вероники УРР IV группы резко ограниченный. Словарный запас отсутствует. Речь не сформирована. Общается на уровне естественных жестов. Обращенную речь не понимает. Навыком чтения с губ не владеет. Голос по силе слабый, иссекающийся. По высоте ближе к норме. Темп очень замедленный, слитности нет, практически не употребляет слоги. Голосопадача на звуки а, о, у, и с максимально развернутой помощью педагога. Словесным ударением и правилами орфоэпии не владеет. Не читает. Не считает. Пишет только по обводке. Ручные умения не сформированы. Аккуратность в учебной деятельности низкая (небрежна). Преобладает игровая деятельность. Коммуникабельность не высокая.

Развитие психических познавательных процессов.

Внимание: непроизвольное, неустойчивое, концентрируется и переключается с помощью учителя, переключаемость низкая, объем внимания снижен.

Память: кратковременная, непроизвольная, объем запоминания значительно снижен. Слухо-речевая и зрительная память не сформированы. Продуктивность запоминания вербальной и невербальной информации низкая.

Мышление: наглядно-действенное, по типу совместных действий, а также по принципу рука в руке. Мыслительные операции: анализа, синтеза, сравнения, обобщения и классификации развиты слабо.

Воображение: работает только по образцу.

Эмоционально-волевое развитие.

Эмоционально неустойчива. Флегматик. Работоспособность низкая. Утомляется к середине урока. Фронтально не работает, только индивидуально, по типу совместных действий. В обучении требует индивидуальной максимально развернутой помощи учителя. Поведение неадекватно ситуации.

Характеристика на обучающегося I дополнительного класса Максима

Диагноз: Двусторонняя хроническая сенсоневральная глухота IV группы, атиреоз (врожденное отсутствие щитовидной железы), F71.09 Умственная отсталость умеренная с указанием на отсутствие или слабую выраженность нарушения поведения, обусловленная неуточненными причинами

Успеваемость: 1. Успевает на «хорошо» по письму и изобразительному искусству.

2. Успевает на «удовлетворительно» по остальным предметам.

У Максима УРР IV группы резко ограниченный. Словарный запас отсутствует. Речь не сформирована. Общается на основе естественных жестов. Обращенную речь не понимает. Навыком чтения с губ не владеет. Речи нет. Голос по силе слабый, иссекающийся. По высоте ближе к норме.

Темп очень замедленный, слитности нет, практически не употребляет слоги. Голосопадача на звуки а, о, у, и, м, с, п, в, л, н с максимально развернутой помощью педагога. Словесным ударением и правилами орфоэпии не владеет. Чтение побуквенное неосознанное. Считает в пределах 5 с ошибками. Пишет в соответствии с программой. Ручные умения на стадии формирования. Аккуратность в учебной деятельности низкая (небрежен). Преобладает игровая деятельность. Коммуникабельность не высокая.

Развитие психических познавательных процессов.

Внимание: непроизвольное, неустойчивое, концентрируется и переключается с помощью учителя, переключаемость низкая, объем внимания снижен.

Память: кратковременная, непроизвольная, объем запоминания значительно снижен. Слухо-речевая и зрительная память не сформированы. Продуктивность запоминания вербальной и невербальной информации низкая.

Мышление: наглядно-действенное, по типу совместных действий, а также по принципу рука в руке. Мыслительные операции: анализа, синтеза, сравнения, обобщения и классификации развиты слабо.

Воображение: работает только по образцу.

Эмоционально-волевое развитие.

Эмоционально устойчив. Сангвиник. Работоспособность низкая. Утомляется к середине урока. Фронтально не работает, только индивидуально, по типу совместных действий. В обучении требует индивидуальной помощи учителя. Поведение адекватно ситуации. Низкая стрессоустойчивость.

Таким образом, мы видим, что все обучающиеся имеют различную степень нарушений развития. А следственно и различную степень развития психических познавательных процессов и уровней Эмоционально-волевого развития.

ГЛАВА 3. РАЗРАБОТКА И АПРОБАЦИЯ АДАПТИРОВАННОЙ ОСНОВНОЙ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ НАЧАЛЬНОГО ОБЩЕГО ОБРАЗОВАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ С ТЯЖЕЛЫМИ И МНОЖЕСТВЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ

3.1. Разработка адаптированной основной общеобразовательной программы в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья

Целью реализации адаптированной основной общеобразовательной программы является включение глухих обучающихся имеющих помимо глухоты другие тяжелые множественные нарушения развития, в жизнь общества посредством индивидуального и поэтапного расширения повседневных социальных контактов и жизненного опыта, формирование культуры поведения, а также в решении повседневных жизненных задач, которые позволяют достичь обучающемуся максимально возможной самостоятельности и независимости в повседневной жизни в доступных для него пределах.

Для обучающихся имеющих помимо глухоты умственную отсталость в различной степени или ТМНР обозначен *индивидуальный уровень итогового результата начального общего образования*. Исходя из обозначенного в ФГОС варианта образования все обучающиеся, вне зависимости от тяжести нарушения, должны быть включены в образовательное пространство, где принципы организации предметно-развивающей среды, технические средства, оборудование, программы учебных предметов, коррекционных технологий, а также методы и содержание обучения и воспитания

определяются индивидуальным уровнем и особыми образовательными потребностями каждого обучающегося.

Максимально возможная нормализация жизнедеятельности должна являться итогом образования данной группы обучающихся. Под нормализацией понимается такой образ жизни, который является привычным и необходимым для подавляющего большинства людей: решать вопросы повседневной жизнедеятельности, жить в семье, выполнять полезную трудовую деятельность, определять содержание увлечений и интересов, иметь возможность самостоятельно принимать решения и нести за них ответственность. Общим результатом образования данной категории обучающихся может стать набор компетенций, позволяющих соразмерно физическим и психическим возможностям максимально самостоятельно решать задачи, направленные на нормализацию его жизнедеятельности.

Особые образовательные потребности обучающихся с умеренной, тяжелой, глубокой умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями), с ТМНР определяют необходимость разработки специальной индивидуальной программы развития (СИПР). На основе варианта 1.4 АООП специалисты организации разрабатывают СИПР, учитывая индивидуальные образовательные потребности обучающегося [11]. Целью реализации данной программы является обретение обучающимся жизненных компетенций, которые позволят обучающемуся достичь максимально возможной самостоятельности в решении повседневных жизненных задач, позволяют включиться в жизнь общества на основе индивидуального поэтапного, планомерного расширения жизненного опыта в доступных для каждого обучающегося пределах.

СИПР специалисты организации составляют на период времени от полгуда до одного года на основе АООП. В ее разработке принимают участие все специалисты, сопровождающие обучающегося в период обучения и воспитания, а так же родители (законные представители) обучающегося.

Данные программы имеют особые принципы и подходы. Их разработка предполагает учет особых образовательных потребностей обучающегося с ОВЗ.

Разработка АООП по варианту 1.4 ФГОС НОО для обучающихся с ОВЗ базируется на следующих положениях:

- обеспечение образования вне зависимости от тяжести и структуры нарушений развития;

- особые образовательные потребности обучающихся;

- учет индивидуальных и типологических особенностей развития обучающихся;

- создание специальной образовательной среды в соответствии с возможностями и потребностями каждого обучающегося;

- введение в содержание обучения специальных разделов, не присутствующих в АООП для глухих обучающихся (вариант 1.2.; 1.3.);

- обязательный учет неоднородности состава данной группы обучающихся;

- соответствие программных требований возможностям глухих обучающихся с умеренной, тяжелой и глубокой умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями), ТМНР, а также, ее соответствие запросам семьи и рекомендациям специалистов;

- включение родителей в образовательную деятельность, как участников образовательных отношений;

- широкий диапазон возможностей освоения обучающимися АООП образовательных программ в различных условиях обучения;

- иное соотношение компонента «жизненной компетенции» и «академического» в АООП для глухих обучающихся по варианту 1.4. по сравнению с вариантами 1.2. и 1.3.;

- направленность процесса образования на формирование практических умений и навыков, способствующих нормализации и улучшению жизнедеятельности;

учет потенциальных возможностей обучающихся и «зоны ближайшего развития».

Глухой обучающийся с ТМНР, который обучается по адаптированной основной образовательной программе (вариант 1.4.) и разработанной на ее основе специальной индивидуальной программе развития, получает образование, которое нельзя сопоставить по итоговым достижениям к моменту завершения обучения с образованием глухих обучающихся, не имеющих тяжелых множественных нарушений развития, то есть с цензовым образованием. Данный вариант обучения предполагает пролонгированные сроки: шесть лет (1 - 6 классы) [11].

Обучение может происходить, как в классах с 1 по 6, так и в близковозрастных классах. Например, обучаться они могут с 0 по 5 класс и т.д. Основанием для перевода обучающегося из класса в класс является его возраст и темпы освоения программы. В отдельных случаях, например, когда обучение началось позже, чем в семилетнем возрасте, выпуск может происходить, соответственно, в старшем возрасте.

Вариант 1.4. АООП может быть реализован в различных формах: как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных классах, группах или в отдельных организациях, осуществляющих образовательную деятельность, а также на условиях индивидуального, в отдельных случаях – домашнего обучения и семейной группы [4].

Адаптированная образовательная программа для глухих обучающихся (вариант 1.4.) реализуется через урочную и внеурочную деятельность в соответствии с нормативно-правовыми документами, а также санитарно-эпидемиологическими правилами и нормами. Для обеспечения освоения обучающимися с ограниченными возможностями здоровья образовательной программы реализуется сетевая форма взаимодействия с использованием ресурсов как образовательных, так и иных организаций [4].

Выбор варианта 1.4. АООП для глухого обучающегося осуществляется на основе рекомендаций ПМПК, сформулированных по результатам его

комплексного обследования, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, с согласия родителей.

На основе данного варианта организация разрабатывает специальную индивидуальную программу развития (СИПР), учитывающую индивидуальные образовательные потребности обучающегося [11].

Обязательная часть СИПР составляет 60%, а часть, формируемая участниками образовательного процесса, - 40% от общего объема.

В отдельных случаях соотношение объема обязательной части СИПР и части, формируемой участниками образовательного процесса, определяется индивидуальными образовательными возможностями обучающегося [11].

В настоящее время в Екатеринбургской школе-интернате № 11, реализующей адаптированные основные общеобразовательные программы, завершен процесс разработки пяти вариантов АООП НОО (Приложение 2). Это варианты: 1.2. (для глухих обучающихся, которые не достигают к моменту поступления в школу уровня развития (в том числе и речевого), близкого возрастной норме); 1.3. (для глухих обучающихся с легкой умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями)); 1.4. (для обучающихся, имеющих помимо глухоты другие тяжелые множественные нарушения развития); 2.2. (для слабослышащих и позднооглохших обучающихся, которые не достигают к моменту поступления в школу уровня развития (в том числе и речевого), близкого возрастной норме); 5.2. (для обучающихся с тяжелыми нарушениями речи - ТНР). Для разработки каждого варианта АООП НОО в названной образовательной организации созданы рабочие группы, в состав которых вошли специалисты организации, прошедшие курсы повышения квалификации по проблеме разработки АООП НОО обучающихся с ограниченными возможностями здоровья. В исследовании подробно описан процесс разработки (Приложение 1) адаптированной основной общеобразовательной программы по варианту 1.4. ФГОС НОО обучающихся с ОВЗ (для обучающихся, имеющих помимо глухоты другие тяжелые множественные нарушения развития).

В текущем учебном году автор публикации получил опыт работы с АООП на уровне руководителя рабочей группы (Приложение 2) специалистов образовательной организации по разработке АООП НОО обучающихся с ограниченными возможностями здоровья по варианту 1.4.

Полученный опыт позволяет сделать предварительные выводы о процессе разработки АООП НОО обучающихся с ограниченными возможностями здоровья.

Руководитель группы разработчиков варианта 1.4. АООП НОО считает, что специалисты рабочей группы показали достаточно высокий уровень стрессоустойчивости в этой сложной и новой для них деятельности. Они сумели мобилизовать свои силы, опыт обучения и воспитания указанной категории обучающихся, обнаружили психологическую и моральную готовность не только к разработке документальной части проекта, но и к апробации разработанных материалов, начиная с 01 сентября 2016 года. Тем не менее, при разработке АООП НОО по варианту 1.4. специалисты рабочей группы столкнулись с рядом трудностей. Одной из основных трудностей является необходимость учета разнородности индивидуальных и личностных особенностей группы глухих обучающихся с умеренной, тяжелой, глубокой умственной отсталостью и ТМНР. Следовательно, при разработке АООП НОО для названной группы обучающихся необходимо постоянно помнить об актуальности разработки СИПР практически для каждого из них.

Таким образом, необходимо еще раз уточнить информацию о том, что в АООП НОО по варианту 1.4. запланированы *примерные* или *максимально возможные* результаты обучения, а в СИПР будут включаться адаптированные под каждого обучающегося *возможные* результаты обучения. В свою очередь, возможным это станет только тогда, когда апробация АООП НОО начнется в отношении конкретных обучающихся, причем с учетом данных качественно проведенной диагностики их индивидуальных особенностей и возможностей.

3.2. Апробация адаптированной основной общеобразовательной программы для обучающихся с тяжелыми и множественными нарушениями развития

На сегодняшний день известно, что 35-40% обучающихся имеют помимо нарушения слуха дополнительные дефекты развития. Чаще всего у обучающихся констатируются сочетания снижения слуха с задержкой психического развития, различной степенью умственной отсталостью, детским церебральным параличом, нарушениями эмоционально-волевой сферы, опорно-двигательного аппарата, нарушением зрения, а так же речевыми нарушениями.

Глухие и слабослышащие обучающиеся с тяжелыми и множественными нарушениями развития имеют иной исходный уровень и другие темпы развития в процессе коррекционного обучения. Психическое развитие глухих и слабослышащих обучающихся с тяжелыми и множественными нарушениями развития требует особого психолого-педагогического подхода к обучению и воспитанию.

В Конституции РФ отражено, что право на получение образования имеют все граждане Российской Федерации, в том числе и дети с тяжелыми и множественными нарушениями развития, которые могут получать образование, в том числе в специальных образовательных организациях.

В ГКОУ СО «Екатеринбургская школа-интернат № 11» с 2013 года обучаются дети с тяжелыми и множественными нарушениями развития. А с 1 сентября 2016 года реализуется ФГОС НОО обучающихся с ОВЗ также в отношении данной категории обучающихся. Рабочей группой (Приложение 2) была разработана АООП НОО по варианту 1.4. (Приложение 1). Вариант 1.4 предназначен для образования обучающихся, имеющих помимо глухоты другие ТМНР: умственную отсталость в умеренной, тяжелой или глубокой степени, которая может сочетаться с нарушениями зрения, опорно-

двигательного аппарата, расстройствами аутистического спектра, эмоционально-волевой сферы и быть различной степени тяжести, так же быть осложнена текущими соматическими заболеваниями и психическими расстройствами [11].

С 1 сентября 2016 года в образовательной организации апробируется разработанная АООП НОО. В апробации данной программы приняли участие:

1) специалисты школы-интернат (классный руководитель, учителя-предметники, психолог, учитель индивидуальной слуховой работы, воспитатели, социальный педагог)

2) обучающиеся в количестве 5 человек (обучающиеся 1 дополнительного класса имеющие ТМНР)

3) родители (законные представители) обучающихся.

Для всех обучающихся школы-интерната созданы специальные условия для обучения, воспитания и максимальной социализации.

Основной целью реализации АООП НОО является максимально возможное сокращение посторонней помощи относительно социально-бытовых навыков обучающимся. Социальная направленность образования обучающихся с тяжелыми и множественными нарушениями развития обеспечивается как содержанием, так и организацией коррекционно-образовательного процесса, который включает не только формирование умений, но и создание оптимальной среды для максимального развития личности. Также обучение и воспитание направлено на стимулирование активности, самовыражения и самостоятельности не только в учебной деятельности, но и в повседневной жизни, что на сегодняшний день успешно реализуется в системе школы - интерната.

Образование обучающихся с тяжелыми и множественными нарушениями развития проводится на основе индивидуально составленных СИПР на базе программ для обучающихся с нарушением слуха, а так же программ для обучающихся с умеренной и тяжелой умственной отсталостью.

Выбор программы происходит на основании комплексной диагностики особенностей физического и психического развития обучающихся.

Особенностью обучения данной категории обучающихся является индивидуальный подход к каждому. Для каждого создаются комфортные условия для получения образования: постоянная смена деятельности (с учетом индивидуальных потребностей каждого обучающегося), стимуляция деятельности, использование нестандартных форм проведения уроков (урок «на ковре», урок-игра, театрализованное занятие), физминутки, и т.д. Но основным условием обучения данной категории детей является индивидуальный дифференцированный подход к каждому обучающемуся.

Обязательным в работе педагога является создание для каждого обучающегося «ситуации успеха». В обучении педагог выделяет и акцентирует внимание на сильных сторонах ребенка, обязательно оценивает любую динамику обучающегося и поощряет детей. Учебный материал дается на доступном уровне, учебная нагрузка дозируется и является доступной для каждого обучающегося, учитывается оптимальное время нагрузки в учебное время, а так же нагрузки во время выполнения домашних заданий. Не мало важным является контроль за режимом дня каждого обучающегося, что возможно реализовать в системе школы - интернат.

Взаимодействие с родителями или законными представителями обучающихся является неотъемлемой частью образовательной деятельности. Педагог сообщает родителям о самочувствии и поведении, а главное о динамике и успехах обучающихся. Родителям данной категории обучающихся особенно важно показать любую малейшую динамику ребенка, что соответственно создает ребенку так называемую «ситуацию успеха». С родителями взаимодействуют не только учителя, а все участники образовательных отношений. В том числе психолог и социальный педагог. Родителям оказывается психологическая, административная, моральная и социальная помощь и поддержка. На этапе завершения экспериментальной работы по апробации АООП НОО по варианту 1.4. родителям было

предложено написать эссе на тему «Как изменился мой ребенок за год» (Приложение 5). Все родители (законные представители) отметили положительную динамику в освоении образовательной программы обучающимися. Родители отметили динамику в освоении академических знаний: «Ребенок стал писать по обводке»; «Ребенок считает до трех»; «Ребенок пишет числа до 5»; «Знает некоторые буквы алфавита, гласные почти все произносит», а также в социализации обучающихся: «Сейчас ребенок кушает самостоятельно»; «Сейчас ребенок может подняться до третьего этажа, а в школе даже до четвертого»; «Научился завязывать шнурки».

Одной из форм работы в школе - интернат № 11 с обучающимися с тяжелыми и множественными нарушениями развития является проведение единых уроков совместно с обучающимися по форме цензового образования, то есть с обучающимися у которых основным дефектом является глухота, при этом интеллект у них сохранен. Основными формами работы на единых уроках являются: работа в группах, работа по подражанию, сопряженное выполнение заданий, так называемая методика «маленький учитель» и т.д.

При разработке АООП основными задачами является не только формирование учебных навыков, но и главным образом социализация, максимальная социальная адаптация глухих обучающихся со сложным дефектом развития в обществе. Основной проблемой данной категории обучающихся является то, что до посещения образовательной организации они большую часть времени проводили дома; были крайне ограничены в общении с другими людьми, их представление об окружающем мире сформированы недостаточно, а собственный социальный опыт практически отсутствует. Поступив в образовательную организацию у обучающихся с тяжелыми и множественными нарушениями развития появилась возможность общаться друг с другом и другими людьми, в результате чего у них появляется доступный уровень взаимодействия, изменяется привычный жизненный уклад. Это можно считать важнейшим фактором развития

обучающегося с тяжелыми и множественными нарушениями развития: в ходе обучения дети с удовольствием посещают школу, общаются друг с другом в доступной для них форме, ориентируются в пространстве школы, учебных помещений, адекватно реагируют на окружающих (педагоги, родители, другие обучающиеся).

3.3. Мониторинг результатов апробации адаптированной основной общеобразовательной программы для обучающихся с тяжелыми и множественными нарушениями развития

В образовательной организации апробируется разработанная АООП для обучающихся с тяжелыми и множественными нарушениями развития, она представлена в приложении 1 к выпускной квалификационной работе.

Для оценки эффективности разработанной АООП по варианту 1.4. за первый дополнительный класс нами был разработан мониторинг. Основным критерием представленного мониторинга стал «уровень самостоятельности обучающихся при выполнении заданий». Мониторинговые мероприятия проводились в начале и в конце учебного года в соответствии с программными требованиями. В приложении 3 и приложении 4 представлены мониторинговые исследования. В мониторинге проанализированы все программные требования по всем предметам, преподаваемым в классе.

На этапе констатирующего эксперимента в мониторинге отражен уровень самостоятельности при выполнении заданий для выявления уровня сформированности предметных результатов АООП НОО по варианту 1.4. на начало обучения, а в контрольном эксперименте проведен мониторинг освоения предметных результатов АООП НОО по варианту 1.4. за 1

дополнительный класс. В исследовании приняли участие 5 обучающихся 1 дополнительного класса с ТМНР.

По окончании обучающимися 1 дополнительного класса проведен контрольный эксперимент в виде мониторинга по подробному описанию уровня самостоятельности при выполнении заданий (Приложение 4). Также разработан сводный мониторинг (Таблица 6) на основе бальной системы, где описана динамика освоения предметных результатов обучающимися, где в бальную систему преобразованы полученные мониторинговые исследования.

В сводном мониторинге отражены показатели динамики освоения АООП НОО по варианту 1.4. за 1 дополнительный класс (Таблица 6).

Таблица 6

Мониторинг динамики освоения АООП НОО по варианту 1.4. за 1 дополнительный класс

Предмет	Артур		Данил		Вероника		Хасан		Максим	
	Начало обучения	Конец 1 класса	Начало обучения	Конец 1 класса	Начало обучения	Конец 1 класса	Начало обучения	Конец 1 класса	Начало обучения	Конец 1 класса
Обучение грамоте	1	2	1	3	1	2	1	2	1	2
Жестовый язык	0	2	0	2	0	1	0	3	0	3
Развитие речи	0	2	0	2	0	1	0	2	0	2
Математика (математические представления)	0	3	0	3	0	2	0	3	0	3
Предметно-практические действия	1	3	1	3	0	1	1	3	1	3
Окружающий природный мир	1	3	1	3	0	3	0	3	1	3
Человек	0	3	0	3	0	3	0	3	0	3
Самообслуживание	2	3	2	4	1	3	2	3	2	3
СУММА БАЛЛОВ	5	21	5	23	2	16	4	22	5	22

Система оценки показателей мониторинга:

0 баллов - программные требования не выполняются

1 балл - программные требования выполняются сопряжено с учителем полностью неосознанно

2 балла - программные требования выполняются сопряжено с учителем

3 балла - программные требования выполняются с направляющей помощью учителя

4 балла - программные требования выполняются с минимальной направляющей помощью учителя

5 баллов - программные требования выполняются самостоятельно по образцу или инструкции учителя.

Итак, исходя из данного мониторинга мы видим, что по предмету «обучение грамоте» на начальном этапе у всех пятерых обучающихся был 1 балл (программные требования выполняются сопряжено с учителем полностью неосознанно), а по окончании обучения у четверых обучающихся уровень самостоятельности увеличился до 2 баллов (программные требования выполняются сопряжено с учителем), у одного до 3 баллов (программные требования выполняются с направляющей помощью учителя).

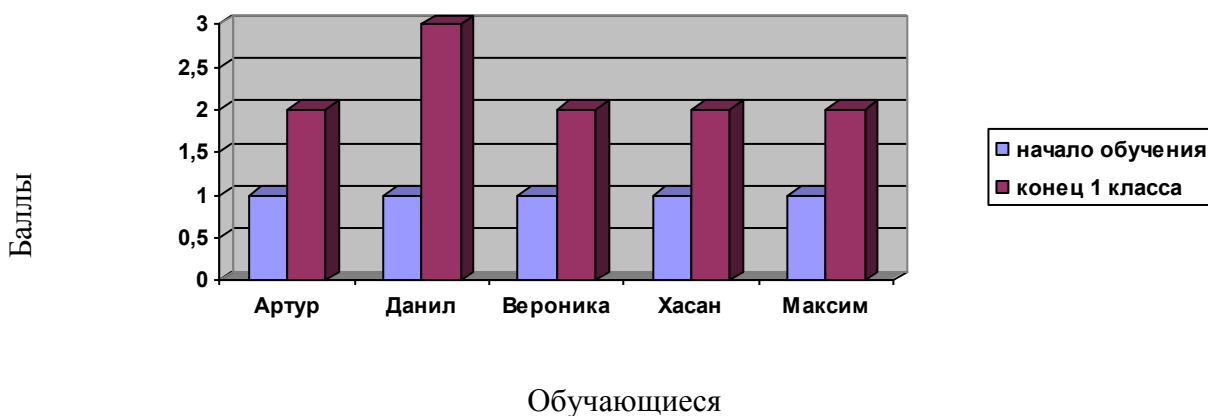


Рис. 1. Уровень самостоятельности при выполнении заданий по предмету «Обучение грамоте»

Уровень самостоятельности при выполнении заданий по предмету «жестовый язык» на начальном этапе у пяти обучающихся было 0 баллов (программные требования не выполняются), а по окончании обучения у одного обучающегося уровень самостоятельности увеличился до 1 балла (программные требования выполняются сопряжено с учителем полностью неосознанно), у двоих до 2 баллов (программные требования выполняются сопряжено с учителем), у двоих до 3 баллов (программные требования выполняются с направляющей помощью учителя).

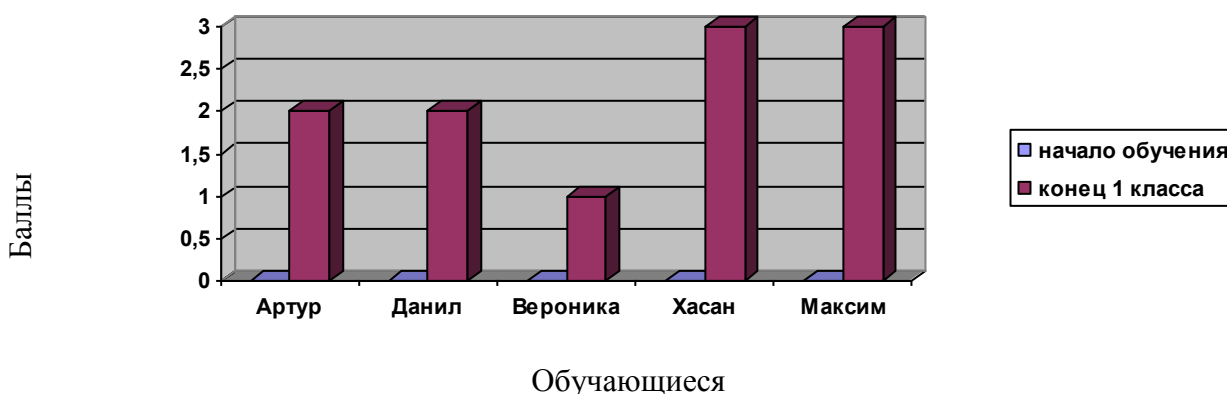


Рис. 2. Уровень самостоятельности при выполнении заданий по предмету «Жестовый язык»

По предмету «развитие речи» на начальном этапе у пяти обучающихся было 0 баллов (программные требования не выполняются), а по окончании обучения у одного обучающегося уровень самостоятельности увеличился до 1 балла (программные требования выполняются сопряжено с учителем полностью неосознанно), у четверых уровень самостоятельности увеличился до 2 баллов (программные требования выполняются сопряжено с учителем).

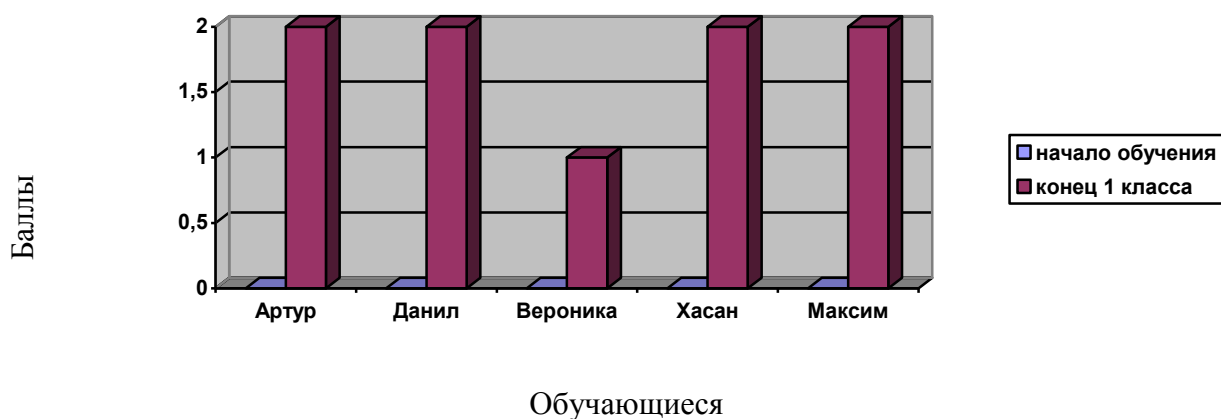


Рис. 3. Уровень самостоятельности при выполнении заданий по предмету «Развитие речи»

Уровень самостоятельности при выполнении заданий по предмету «математические представления» на начальном этапе у пяти обучающихся было 0 баллов (программные требования не выполняются), а по окончании обучения у одного обучающегося увеличился до 2 баллов (программные требования выполняются сопряжено с учителем), у четверых до 3 баллов (программные требования выполняются с направляющей помощью учителя).

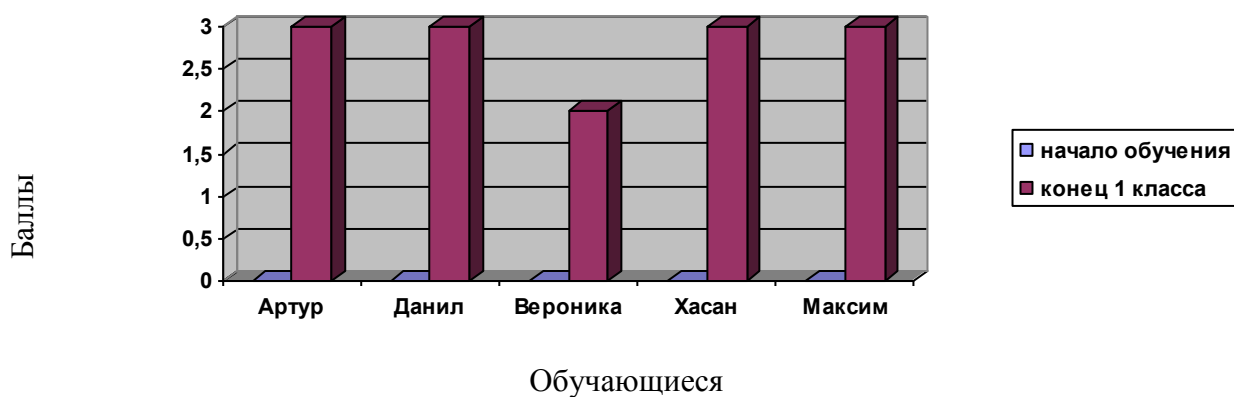


Рис. 4. Уровень самостоятельности при выполнении заданий по предмету «Математические представления»

По предмету «предметно-практические действия» на начальном этапе у одного обучающегося было 0 баллов (программные требования не выполняются), у четверых обучающихся был 1 балл (программные требования выполняются сопряжено с учителем полностью неосознанно), а по окончании 1 дополнительного класса у одного обучающегося уровень

самостоятельности увеличился до 1 балла (программные требования выполняются сопряжено с учителем полностью неосознанно), у четверых обучающихся уровень самостоятельности увеличился до 3 баллов (программные требования выполняются с направляющей помощью учителя).

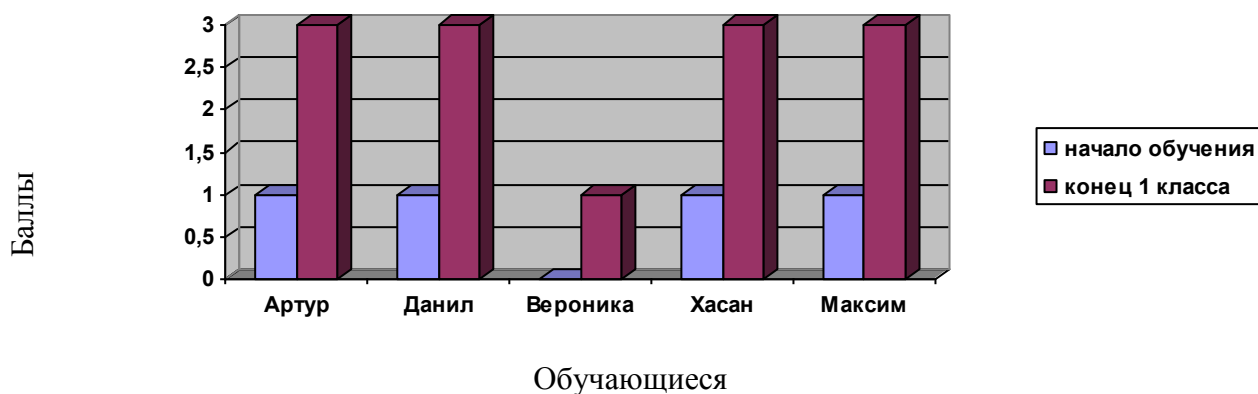


Рис. 5. Уровень самостоятельности при выполнении заданий по предмету «Предметно-практические действия»

По предмету «окружающий природный мир» на начальном этапе у двух обучающихся было 0 баллов (программные требования не выполняются), у трех обучающихся был 1 балл (программные требования выполняются сопряжено с учителем полностью неосознанно), а по окончании 1 дополнительного класса у пяти обучающихся уровень самостоятельности увеличился до 3 баллов (программные требования выполняются с направляющей помощью учителя).

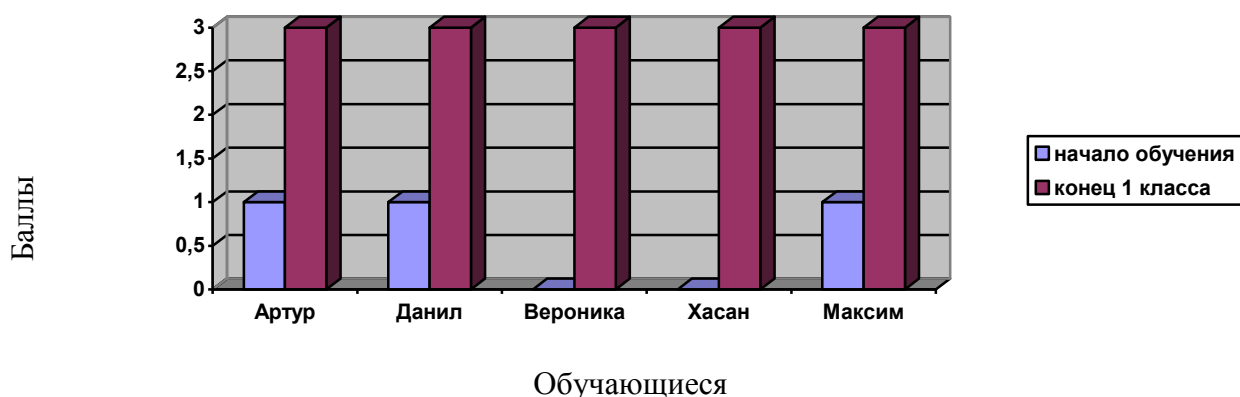


Рис. 6. Уровень самостоятельности при выполнении заданий по предмету «Окружающий природный мир»

Уровень самостоятельности при выполнении заданий по предмету «Человек» на начальном этапе у пяти обучающихся было 0 баллов (программные требования не выполняются), а по окончании обучения у пяти обучающихся уровень самостоятельности увеличился до 3 баллов (программные требования выполняются с направляющей помощью учителя).

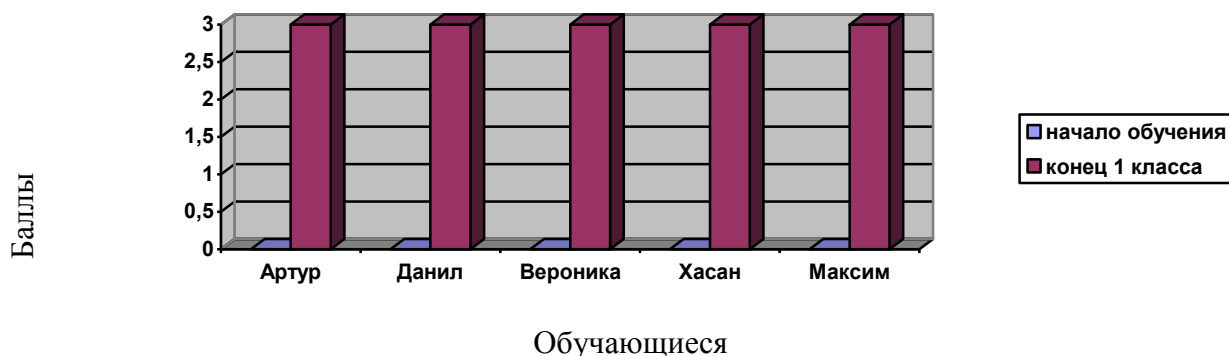


Рис. 7. Уровень самостоятельности при выполнении заданий по предмету «Человек»

По предмету «самообслуживание» на начальном этапе у одного обучающегося был 1 балл (программные требования выполняются сопряжено с учителем полностью неосознанно), у четверых обучающихся было 2 балла (программные требования выполняются сопряжено с учителем), а по окончании 1 класса у четверых обучающихся уровень самостоятельности увеличился до 3 баллов (программные требования выполняются с направляющей помощью учителя), у одного обучающегося до 4 баллов (программные требования выполняются с минимальной направляющей помощью учителя).

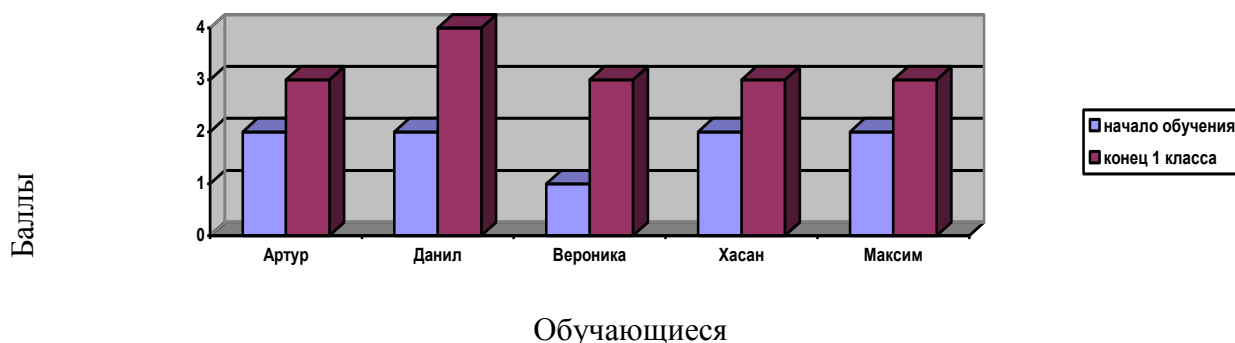


Рис. 8. Уровень самостоятельности при выполнении заданий по предмету «Самообслуживание»

В мониторинге оценки эффективности предметных результатов АООП по варианту 1.4. (Приложение 4) за 1 дополнительный класс расписаны все программные требования, отраженные в АООП.

В результате апробации АООП по варианту 1.4. в Екатеринбургской школе-интернат № 11 были получены следующие результаты:

- повысилась успеваемость в экспериментальной группе на 7 %;
- основной показатель мониторинга «уровень самостоятельности при выполнении заданий» повысился у Артура с 12,5 % до 52,5 %; у Данила с 12,5 % до 57,5 %; у Вероники с 4 % до 40 %; у Хасана с 10 % до 55 %; у Максима с 12,5 % до 55 %;
- В эссе «Как изменился мой ребенок за год» все родители отметили положительную динамику в развитии обучающихся и усвоении АООП НОО по варианту 1.4.

Таким образом, можно сделать вывод, что реализуемая АООП НОО по варианту 1.4. является эффективной. Обучающиеся проявляют интерес к учебной деятельности, стараются максимально самостоятельно выполнять задания. Применение разнообразных видов деятельности на уроке положительно влияет на качество усвоения обучающимися образовательной программы в целом.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изучив теоретические аспекты работы с обучающимися с тяжелыми и множественными нарушениями развития, мы выявили, что существующие рабочие программы не в полной мере отражают формы организации работы с данной категорией обучающихся в соответствии с инновационными законодательными актами.

Образовательные организации, реализующие адаптированные основные общеобразовательные программы являются одним из основных и приоритетных институтов социального развития, воспитания и образования обучающихся с тяжелыми и множественными нарушениями развития, отождествляясь обществом как многомерное пространство – информационное, культурное, правовое, социальное, способствующее социальному становлению и развитию потенциала обучающихся с тяжелыми и множественными нарушениями развития.

На базе образовательной организации, в которой было проведено исследование в ходе практической деятельности была разработана и апробирована адаптированная основная общеобразовательная программа начального общего образования для обучающихся с тяжелыми и множественными нарушениями развития. При этом были задействованы все специалисты работающие с обучающимися с тяжелыми и множественными нарушениями развития и родители данных обучающихся.

Организация обучения по данной программе будет продолжаться до получения обучающимися начального общего образования.

В исследовании показаны в соответствии с адаптированной основной общеобразовательной программой формы и методы работы с обучающимися на уроках, с помощью которых и происходит социализация и адаптация обучающихся с тяжелыми и множественными нарушениями в обществе.

Проведенный нами эксперимент подтвердил выдвинутые задачи и показал эффективность применяемой разработанной нами адаптированной основной общеобразовательной программы для глухих обучающихся с тяжелыми и множественными нарушениями развития в Екатеринбургской школе-интернат № 11, реализующей адаптированные основные общеобразовательные программы.

Итогом работы по апробации адаптированной основной общеобразовательной программе стали мониторинговые мероприятия по оценке эффективности предметных результатов АООП НОО по варианту 1.4. за первый дополнительный класс по критерию «уровень самостоятельности при выполнении заданий». Данные мероприятия вызвали интерес у педагогов школы, работающих с обучающимися экспериментальной группы и других педагогов. Исследования выявили положительную динамику по уровню самостоятельности при выполнении заданий, предложенных обучающимся.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Конвенция о правах инвалидов [Электронный ресурс] : [принята рез. 61/106 Генер. Ассамблеи от 13 дек. 2006 г.]. – URL : http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability (дата обращения: 14.01.2017).

2. Российская Федерация. Закон. О ратификации Конвенции о правах инвалидов [Электронный ресурс] : федер. закон Рос. Федерации от 3 мая 2012 г. № 46-ФЗ : [принят Гос. Думой 25.04.2012 ; одобрен Советом Федерации 27.04.2012]. – URL : <http://edu.ifmo.ru/file/pages/207/konvenciy-apoinvalidam.pdf> (дата обращения: 11.02.2017).

3. Российская Федерация. Закон. О социальной защите инвалидов в Российской Федерации [Электрон-ный ресурс] : федер. закон Рос. Федерации от 24 нояб. 1995 г. № 181-ФЗ : [принят Гос. Думой 20.07.1995 ; одобрен Советом Федераций 18.11.1995]. – URL : <http://legalacts.ru/doc/federalnyi-zakon-ot-24111995-n-181-fz-o/> (дата обращения: 11.03.2017).

4. Российская Федерация. Закон. Об образовании в Российской Федерации [Электронный ресурс] : федер. закон Рос. Федерации от 29 дек. 2012 г. № 273-ФЗ : [принят Гос. Думой 21.12.2012 ; одобрен Советом Федераций 26.12.2012]. – URL : <https://rg.ru/2012/12/30/obrazovanie-dok.html> (дата обращения: 11.04.2017).

5. Российская Федерация. Правительство. О государственной программе Российской Федерации «Доступная среда» на 2011-2015 годы [Электрон-ный ресурс] : постановлением Правительства Рос. Федерации от 17 марта 2011 г. № 175. – URL : <https://rg.ru/2011/03/28/dostupnaya-sreda-site-dok.html> (дата обращения: 10.05.2016).

6. Российская Федерация. Правительство. О государственной программе Российской Федерации «Доступная среда» на 2016-2020 годы [Электрон-ный ресурс] : постановлением Правительства Рос. Федерации от

1 дек. 2015 г. № 1297. – URL : <http://government.ru/programs/215/events/> (дата обращения: 19.03.2017).

7. Российская Федерация. Правительство. Об утверждении Типового положения о специальном (коррекционном) образовательном учреждении для обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии [Электронный ресурс] : постановление Правительства Рос. Федерации от 12 марта 1997 г. № 228. – URL : <http://base.garant.ru/10200129/> (дата обращения: 09.01.2017).

8. Российская Федерация. Министерство здравоохранения и социального развития. Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников образования» [Электронный ресурс] : приказ Минздравсоцразвития РФ от 26 авг. 2010 г. № 761н. – URL : <http://legalacts.ru/doc/prikaz-minzdravsotsrazvitija-rf-ot-26082010-n-761n/> (дата обращения: 11.05.2017).

9. Российская Федерация. Министерство здравоохранения и социального развития. Об утверждении профессиональных квалификационных групп должностей работников высшего и дополнительного профессионального образования [Электронный ресурс] : приказ Минздравсоцразвития РФ от 5 мая 2008 г. № 217-н. – URL : <http://legalacts.ru/doc/prikaz-minzdravsotsrazvitija-rf-ot-05052008-n-217n/> (дата обращения: 11.05.2017).

10. Российская Федерация. Министерство здравоохранения и социального развития. Об утверждении профессиональных квалификационных групп должностей работников образования [Электронный ресурс] : приказ Минздравсоцразвития РФ от 5 мая 2008 г. № 216-н. – URL : <http://base.garant.ru/193313/> (дата обращения: 19.05.2017).

11. Российская Федерация. Министерство образования и науки. Об утверждении Федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья [Электронный ресурс] : приказ М-ва образования и

науки от 19 дек. 2014 г. № 1598. – URL : http://xn--273--84d1f.xn--p1ai/akty_minobrnauki_rossii/prikaz-minobrnauki-rf-ot-19122014-no-1598 (дата обращения: 22.02.2017).

12. Базоев, В. З. Человек из мира тишины [Текст] / В. З. Базоев, В. А. Паленный. – М. : Академкнига, 2002. – 815 с.

13. Басилова, Т. А. Как помочь малышу со сложным нарушением развития [Текст] : пособие для родителей / Т. А. Басилова, Н. А. Александрова. – М. : Просвещение, 2008. – 111 с.

14. Берсенева, А. Инвалидам светят будущим [Электронный ресурс] / А. Берсенева. – URL : <https://www.gazeta.ru/social/2010/12/21/3474233.shtml> (дата обращения: 17.03.2017).

15. Блюмина, М. Г. Распространенность, этиология и некоторые особенности клинических проявлений сложных дефектов [Текст] / М. Г. Блюмина // Дефектология. – 1989. – № 3. – С. 3-10.

16. Богданова, Т. Г. Сурдопсихология [Текст] : учеб. пособие для вузов / Т. Г. Богданова. – М. : Академия, 2002. – 221 с.

17. Герасименко, Ю. А. Доступная среда инклюзивного образования [Текст] / Ю. А. Герасименко, С. А. Ноздрина // Современные проблемы и условия социализации личности : сб. науч. тр. / Урал. гос. пед. ун-т ; сост. А. М. Скотникова ; науч. ред. С. А. Минюрова. – Екатеринбург, 2012. – С. 58-62.

18. Доступная среда для инвалидов [Электронный ресурс]. – URL : http://www.istok-audio.com//barrier_free_medium/. (дата обращения: 16.02.2017).

19. Жигорева, М. В. Дети с комплексными нарушениями в развитии: педагогическая помощь [Текст] : учеб. пособие для студентов пед. вузов / М. В. Жигорева. – М. : Академия, 2006. – 240 с.

20. Каплан, Г. И. Клиническая психиатрия [Текст] : в 2 т. / Г. И. Каплан, Б. Дж. Сэдок ; пер. с англ. В. Б. Стрелец. – М. : Медицина, 1994. – Т. 2. – 673 с.

21. Карпова, Г. А. Основы сурдопедагогики [Текст] : учеб. пособие для студентов высш. пед. учеб. заведений / Г. А. Карпова ; Урал. гос. пед. ун-т. – Екатеринбург : Изд-во. Калинина Г. П., 2008. – 354 с.

22. Кащенко, В. П. Нервность и дефективность в дошкольном и школьном возрастах [Текст] : пособие для родителей и педагогов / В. П. Кащенко. – М. : Школ. Пресса, 2005. – 143 с.

23. Коркунов, В. В. Современная модель специального образования в контексте включения ребенка со специальными образовательными потребностями в общеобразовательную среду [Текст] / В. В. Коркунов, С. О. Брызгалова // Понятийный аппарат педагогики и образования : сб. науч. тр. / Урал. гос. пед. ун-т ; отв. ред. Е. В. Ткаченко, М. А. Галагузова. – М., 2007. – Вып. 5. – С. 562-573.

24. Королева, И. В. Диагностика и коррекция нарушений слуховой функции у детей раннего возраста [Текст] / И. В. Королева. – СПб.: КАРО, 2005. – 280 с.

25. Коррекционная педагогика: основы обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии [Текст] : учеб. пособие для студентов сред. пед. учеб. заведений / Ю. А. Костенкова [и др.] ; под ред. Б. П. Пузанова. – М. : Академия, 1999. – 144 с.

26. Левченко, И. Ю. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата [Текст] : учеб. пособие для студентов вузов / И. Ю. Левченко, О. Г. Прихолько. – М. : Академия, 2001. – 192 с.

27. Леонтьев, Д. А. Развитие личности и психологическая поддержка учащихся с ОВЗ в условиях инклюзивного профессионального образования [Текст] / Д. А. Леонтьев, Л. А. Александрова, А. А. Лебедева. – М. : Смысл, 2017. – 80 с.

28. Лопатина, В. И. Широкие аспекты инклюзивного образования [Текст] / В. И. Лопатина // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2009. – № 6. – С. 11-13.

29. Лубовский, В. И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей [Текст] / В. И. Лубовский. – М. : Педагогика, 1989. – 104 с.

30. Малофеев, Н. Н. Коррекция, интеграция, инклюзия, что дальше? [Электронный ресурс] / Н. Н. Малофеев // Специальное образование. – 2015. – Т. 1, вып. 11. – С. 9-15. – URL : <https://cyberleninka.ru/article/-n/korreksiya-integratsiya-inklyuziya-cto-dalshe> (дата обращения: 17.03.2017).

31. Малофеев, Н. Н. Научные основы модернизации специального образования [Текст] / Н. Н. Малофеев // Педагогика. – 2009. – № 3. – С. 9-17.

32. Мастюкова, Е. М. Актуальные аспекты клинической диагностики умственной отсталости у детей [Текст] / Е. М. Мастюкова // Дефектология. – 1997. – № 1. – С. 15-22.

33. Мастюкова, Е. М. Основы генетики [Текст] : клинико-генетич. основы коррекц. педагогики и спец. психологии : учеб. пособие для студентов пед. вузов / Е. М. Мастюкова, А. Г. Московкина. – М. : ВЛАДОС, 2001. – 367 с.

34. Мозговой, В. М. Основы олигофренопедагогики [Текст] : учеб. пособие для студентов образоват. учреждений сред. проф. образования / В. М. Мозговой, И. М. Яковлева, А. А. Еремина. – М. : Академия, 2006. – 224 с.

35. Назарова, Н. М. Сравнительная специальная педагогика [Текст] : учеб. пособие для студентов учреждений высш. проф. образования / Н. М. Назарова, Е. Н. Моргачева, Т. В. Фурьева. – М. : Академия, 2011. – 336 с.

36. Нестерова, Г. Ф. Психолого-социальная работа с инвалидами: абилитация при синдроме Дауна [Текст] : психол. практикум / Г. Ф. Нестерова, С. М. Безух, А. Н. Волкова. – СПб. : Речь, 2006. – 120 с.

37. Основы коррекционной педагогики и специальной психологии [Текст] : учеб.-метод. пособие для вузов / Моск. гос. гуманитар. ун-т

им. М. А. Шолохова ; авт.-сост. В. П. Глухов. – М. : Изд-во МГГУ, 2007. – 311 с.

38. Певзнер, М. С. Этиопатогенез и классификация олигофрении [Текст] / М. С. Певзнер // Дефектология. – 1972. – № 6. – С. 14-16.

39. Петрова, В. Г. Кто они, дети с отклонениями в развитии? [Текст] / В. Г. Петрова, И. В. Белякова ; Моск. психол.-социал. ин-т. – М. : Моск. психол.-социал. ин-т : Флинта, 1998. – 104 с.

40. Практикум по психологии умственно отсталого ребенка [Текст] : учеб. пособие для студентов пед. ин-тов / А. Д. Виноградова [и др.] ; сост. А. Д. Виноградова. – М. : Просвещение, 1985. – 144 с.

41. Путин, В. В. [Вступительное слово на форуме Общероссийского народного фронта «Качественное образование во имя страны»] [Электронный ресурс] / В. В. Путин. – URL : ru-an.info/новости/владимир-путин-на-форум-общероссийского-народного-фронта-качественное-образование-во-имя-страны/ (дата обращения: 17.03.2017).

42. Рубинштейн, С. Я. Психология умственно отсталого школьника [Текст] : учеб. пособие для студентов пед. ин-тов / С. Я. Рубинштейн – М. : Просвещение, 1986. – 192 с.

43. Руленкова, Л. И. Аудиология и слухопротезирование [Текст] : учеб. пособие для студентов высш. пед. учеб. заведений / Л. И. Руленкова, О. И. Смирнова. – М. : Академия, 2003. – 208 с.

44. Рязанов, Д. П. Доступная среда – равные возможности [Электронный ресурс] / Д. П. Рязанов, А. М. Липинская // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2011. – № 4. – С. 9-11. – URL : <https://elibrary.ru/item.asp?id=22749441> (дата обращения: 17.03.2017).

45. Саламанкская декларация о принципах, политике и практической деятельности в сфере образования лиц с особыми потребностями [Электронный ресурс]. – URL : <https://perspektiva-inva.ru/protect-rights/law/international/vw-504/> (дата обращения: 17.04.2017).

46. Современные подходы к болезни Дауна [Текст] / под ред. Д. Лейна, Б. Стрэтфорда. – М. : Педагогика, 1991. – 336 с.
47. Сухарева, Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста: клиника олигофрении [Текст] : в 3 т. / Г. Е. Сухарева. – М. : Медицина, 1965. – Т. 3. – 336 с.
48. Центр лечебной педагогики [Сайт]. – URL : <http://msk.tizu.ru/companu/221908/> (дата обращения: 17.03.2017).
49. Чулков, В. Н. Развитие и образование детей со сложными нарушениями развития [Текст] / В. Н. Чулков // Специальная педагогика : учеб. пособие для студентов пед. вузов / Л. И. Аксенова [и др.] ; под ред. Н. М. Назаровой. – М. : Академия, 2007. – С. 332-344.
50. Шалагинова, К. С. Психолого-педагогическое сопровождение родителей при переходе к инклюзивному образованию [Электронный ресурс] / К. С. Шалагинова. – URL : http://psyjournals.ru/inclusive_edu/-issue/44071_full.shtml (дата обращения: 17.03.2017).
51. Шипицына, Л. М. : «Необучаемый» ребенок в семье и обществе [Текст] : социализация детей с нарушением интеллекта / Л. М. Шипицына. – СПб. : Речь, 2005. – 477 с.
52. Эфроимсон, В. П. Генетика олигофрении, психозов, эпилепсии [Текст] / В. П. Эфроимсон, М. Г. Блюмина. – М. : Медицина, 1978. – 343 с.
53. Ярская-Смирнова, Е. Р. Инклюзивное образование детей-инвалидов [Текст] / Е. Р. Ярская-Смирнова // Социс. – 2003. – № 5. – С. 100-106.
54. Dijk, J. P. M. van. Stereotyped behaviour in rubella-deaf and deaf-blind people [Текст] / J. P. M. van Dijk, R. Carlin, M. Janssen // Deaf-blind education. – 1989. – № 3. – Р. 8-10.

